



**Aliona Doncilov
Talaia**

**A aprendizagem em contexto clínico:
um estudo ecológico e comparativo**



**Aliona Doncilov
Talaia**

**A aprendizagem em contexto clínico:
um estudo ecológico e comparativo**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Supervisão, realizada sob a orientação científica do Prof. Doutor Wilson Jorge Correia Pinto Abreu, Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem do Porto

*Ao Miguel
e ao Pedro*

o júri

presidente

Prof. Dra. Maria Helena Gouveia Fernandes Teixeira Pedrosa
Professora associada da Universidade de Aveiro

Prof. Dra. Nilza Maria Vilhena Nunes da Costa
Professora catedrática da Universidade de Aveiro

Prof. Dr. Wilson Jorge Correia Pinto Abreu
Professor coordenador com agregação da Escola Superior de Enfermagem do Porto

Prof. Dr. José Joaquim Penedos Amendoeira Martins
Professor coordenador da Escola Superior de Enfermagem do Instituto Politécnico de Santarém

agradecimentos

Ao dar início à apresentação deste trabalho, não poderíamos deixar de dedicar algumas linhas ao espaço de intervenção vivido com todos aqueles com quem tivemos o privilégio de nos relacionar ao longo da sua realização e receber da sua parte as manifestações de apoio e incentivo indispensáveis à sua concretização.

Gostaríamos, então, deixar aqui expressa uma palavra de apreço e profunda gratidão a todos os que de algum modo, com o seu saber, a sua disponibilidade inesgotável, o seu apoio e os seus encorajamentos contribuíram e participaram na edificação deste trabalho.

Em especial:

Ao Professor Doutor Wilson Jorge Correia Pinto Abreu, que nos acompanhou desde o primeiro momento na concepção e realização deste projecto. A nossa sincera gratidão pelo incentivo, esclarecimentos, sugestões, críticas oportunas e muita paciência com que nos orientou neste trabalho.

Ao Professor Doutor Nicolai Micolishin, Director do Colégio de Medicina “L. A. Tarasevici”, PMR, pela colaboração e disponibilidade demonstrada.

Ao Pedro pela sua paciência, compreensão, apoio, ajuda e disponibilidade.

Ao Professor Doutor Mário de Almeida Rodrigues Talaia pela forma encorajadora com que me acompanhou neste percurso de vida, pelo incentivo e apoio enquanto sogro maravilhoso e simplesmente, amigo.

À minha Celeste pelo apoio moral e disponibilidade inesgotável de cuidar do meu filho.

Aos meus pais e irmã pelo encorajamento.

À Elsa por acompanhar-me nas minhas deslocações para as reuniões com o orientador durante a minha fase de gestação.

Ao meu tesouro, Miguel, coisa mais linda do mundo, pelo bom comportamento apesar de bebé.

palavras-chave

Enfermagem, supervisão clínica, aprendizagem, Enfermagem em Portugal, Enfermagem na Moldávia, Tutor.

resumo

O presente estudo enquadra-se na área da supervisão da prática clínica, incidindo na representação dos alunos sobre a supervisão e acompanhamento durante o estágio. O quadro conceptual engloba uma revisão da literatura sobre a formação inicial em Enfermagem em Portugal e na Moldávia, perspectivas ecológicas e socioculturais do desenvolvimento humano, supervisão e acompanhamento das práticas clínicas.

A supervisão é entendida como um processo mediador na aprendizagem e no desenvolvimento do formando (e do supervisor) podendo, de acordo com a natureza da relação criada, ser facilitador ou inibidor.

O acompanhamento, como uma fase do processo supervisivo, é um momento crucial na prática clínica, pois prepara os alunos de uma forma eficaz para o desempenho do papel de Enfermeiro, facilitando o processo de integração no contexto de trabalho.

Desenvolveu-se um estudo descritivo de natureza quantitativa. A colheita de dados foi efectuada através de inquérito por questionário, posteriormente tratados estatisticamente.

A interpretação dos resultados foi feita em volta dos seguintes conteúdos: representações dos alunos sobre o acompanhamento das práticas clínicas; relação em contexto de supervisão em ensino clínico; e estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de Enfermagem.

Os resultados evidenciaram os seguintes aspectos relativamente o contexto português: referencia à supervisão como um momento privilegiado de relação de igualdade, confiança, interacção e respeito mútuo; valorização de supervisão individualizada com feedback constante. Relativamente ao contexto moldavo, os resultados não possuem informação suficiente para podermos tirar conclusões, pelo que apresentamos alguns aspectos que justificam este facto.

keywords

Nursing, clinical supervision, learning, Nursing in Portugal, Nursing in the Moldavia, Tutor

abstract

The present study is focused on mentorship in nursing, carried on the clinical wards. The major aim of the study was to analyse the opinion that students have about their learning experiences at the clinical field. The conceptual framework includes a revision of literature about nursing and nursing education in Portugal and Moldova, ecological and cultural perspectives of human development and supervision of the clinical learning experiences. Supervision is understood as a specific learning developmental and supportive method of reflection and counselling, enabling students to acquire new professional and personal competences through their own experiences in the clinical context. The supervisory relationship can be facilitative or inhibit specific behaviours; it can promote the integration of practical experiences with theoretical knowledge and to reach their own way to develop nursing care.

The participants of this descriptive study were nurse students from two different schools (located in Portugal and Moldova). Data was collected by a questionnaire (CLES) and its analysis was structured fundamentally around the following dimensions: students' representations about the supervision of their learning experiences, supervisory relationship in the clinical field and supervision strategies developed on the wards.

The results show the following aspects relatively the Portuguese context: idea of supervision as a privileged moment of reciprocity relationship, trust, interaction and mutual respect; valorisation of the individualized supervision with constant feedback. Relatively to the Moldavian context, supervision was seen as an important process but the results didn't allow extracting more consistent conclusions about mentorship.

ÍNDICE

ÍNDICE DE FIGURAS	XV
ÍNDICE DE QUADROS	XVII
INTRODUÇÃO	1
PARTE I – A ENFERMAGEM NA MOLDÁVIA E EM PORTUGAL	3
1. A ENFERMAGEM NA MOLDÁVIA E EM PORTUGAL: ENQUADRAMENTOS	5
1.1. Enquadramento sociopolítico na URSS e em Portugal	6
1.2. Evolução do ensino de Enfermagem	10
1.3. A formação clínica: contextos e práticas	23
2. PERSPECTIVAS ECOLÓGICAS E CULTURAIS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO	29
2.1. Modelo bio-ecológico do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner	31
2.2. Modelo do desenvolvimento cognitivo de Vygotsky	35
2.3. Aprendizagem e práticas reflexivas	39
3. SUPERVISÃO DAS PRÁTICAS CLÍNICAS	41
3.1. Natureza e conceitos	42
3.2. Supervisor e mentor: acompanhamento das práticas clínicas	50
3.3. Mentorship: conceitos e modelos	53
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	55
1. OPÇÕES METODOLÓGICAS	57
1.1. Objectivos do estudo	58
1.2. Tipo de estudo	58
1.3. Métodos e técnicas de recolha de dados	59
1.4. Tratamento da informação	60
1.5. Procedimentos formais e éticos	63

2. FORMAÇÃO EM CONTEXTO CLÍNICO: ACTORES E CONTEXTOS	65
2.1. Caracterização da população e amostra.....	65
2.2. Triangulação da informação: o contexto português	88
2.3. Triangulação da informação: o contexto moldavo	93
2.4. Comparação dos contextos: português e moldavo	95
3. REPRESENTAÇÕES, RELAÇÕES E PRÁTICAS SUPERVISIVAS.....	97
3.1. Representações dos alunos sobre acompanhamento das práticas clínicas	97
3.2. A relação supervisiva	98
3.3. Estratégias de supervisão em ensino clínico	99
4. CONCLUSÕES DO ESTUDO	101
BIBLIOGRAFIA.....	107
ANEXOS.....	113

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Assistência médica (médicos, dentistas, farmacêuticos, parteiras e outros) no mundo (conforme Grande Atlas Mundial)	8
Figura 2 – Modelo da prática clínica actual na Rússia, adaptado pela PMR	22
Figura 3 – Troca de informação entre a componente prática e teórica.....	27
Figura 4 – Ambiente ecológico da formação supervisionada (Sá-Chaves, 2000:149).....	33
Figura 5 – Estilos de Aprendizagem (segundo Kolb, 1999)	37
Figura 6 – Distribuição da idade entre os inquiridos, para a Moldávia e Portugal respectivamente	66
Figura 7 – Distribuição do sexo entre os inquiridos, para a Moldávia e Portugal respectivamente	66
Figura 8 – Distribuição do ano de formação entre os inquiridos, para a Moldávia e Portugal respectivamente	67

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Frequências relativas à variável <i>Característica da unidade de cuidados</i> (MD)	68
Quadro 2 – Frequências relativas à variável <i>Característica da unidade de cuidados</i> (P)...	69
Quadro 3 – Frequências relativas à variável <i>Natureza/tipo de instituição</i> (MD).....	69
Quadro 4 – Frequências relativas à variável <i>Natureza/tipo de instituição</i> (P)	70
Quadro 5 – Frequências relativas à variável <i>Demora média dos utentes na unidade de cuidados</i> (MD).....	70
Quadro 6 – Frequências relativas à variável <i>Demora média dos utentes na unidade de cuidados</i> (P).....	71
Quadro 7 – Frequências relativas à variável <i>Esforço associado ao trabalho</i> (MD)	71
Quadro 8 – Frequências relativas à variável <i>Esforço associado ao trabalho</i> (P).....	72
Quadro 9 – Frequências relativas à variável <i>Esforço mental e/ou psicológico</i> (MD).....	72
Quadro 10 – Frequências relativas à variável <i>Esforço mental e/ou psicológico</i> (P)	73
Quadro 11 – Frequências relativas à variável <i>Duração do estágio</i> (MD).....	73
Quadro 12 – Frequências relativas à variável <i>Duração do estágio</i> (P).....	73
Quadro 13 – Frequências relativas à variável <i>Reuniões com os Docentes responsáveis</i> (MD)	74
Quadro 14 – Frequências relativas à variável <i>Reuniões com os Docentes responsáveis</i> (P)	74
Quadro 15 – Frequências relativas à variável <i>Satisfação com o último estágio</i> (MD)	75
Quadro 16 – Frequências relativas à variável <i>Satisfação com o último estágio</i> (P).....	76
Quadro 17 – Frequências relativas à variável <i>Figura do tutor</i> (MD).....	76
Quadro 18 – Frequências relativas à variável <i>Figura do tutor</i> (P).....	76
Quadro 19 – Frequências relativas à variável <i>Métodos de supervisão</i> (MD).....	77
Quadro 20 – Frequências relativas à variável <i>Métodos de supervisão</i> (P).....	78
Quadro 21 – Frequências relativas à variável <i>Sessões de supervisão</i> (MD)	78
Quadro 22 – Frequências relativas à variável <i>Sessões de supervisão</i> (P)	79
Quadro 23 – Frequências relativas à variável <i>Atitudes do supervisor</i> (MD).....	79
Quadro 24 – Frequências relativas à variável <i>Atitudes do supervisor</i> (P).....	80
Quadro 25 – Frequências relativas à variável <i>Representações sobre a Supervisão</i> (MD)..	80
Quadro 26 – Frequências relativas à variável <i>Representações sobre a Supervisão</i> (P)	80
Quadro 27 – Frequências relativas à variável <i>Feedback do supervisor</i> (MD)	81
Quadro 28 – Frequências relativas à variável <i>Feedback do supervisor</i> (P)	81

Quadro 29 – Frequências relativas à variável <i>Satisfação com o processo de supervisão</i> (MD).....	82
Quadro 30 – Frequências relativas à variável <i>Satisfação com o processo de supervisão</i> (P)	82
Quadro 31 – Frequências relativas à variável <i>Supervisão e relação de aprendizagem</i>	83
Quadro 32 – Frequências relativas à variável <i>Supervisão e relação de aprendizagem</i> (P)	84
Quadro 33 – Frequências relativas à variável <i>Supervisão e interacção</i> (MD).....	84
Quadro 34 – Frequências relativas à variável <i>Supervisão e interacção</i> (P).....	85
Quadro 35 – Frequências relativas à variável <i>Apoio e respeito</i> (MD)	85
Quadro 36 – Frequências relativas à variável <i>Apoio e respeito</i> (P)	86
Quadro 37 – Frequências relativas à variável <i>Supervisão e relação de confiança</i> (MD) ...	86
Quadro 38 – Frequências relativas à variável <i>Supervisão e relação de confiança</i> (P)	87
Quadro 39 – Distribuição das respostas dos participantes para <i>Supervisão e relação de aprendizagem e Duração do estágio</i>	89
Quadro 40 – Distribuição das respostas dos participantes para <i>Supervisão e relação de aprendizagem e Atitudes do supervisor</i>	89
Quadro 41 – Distribuição das respostas dos participantes para <i>Supervisão e relação de aprendizagem e Representações sobre a Supervisão</i>	90
Quadro 42 – Distribuição das respostas dos participantes para <i>Supervisão e relação de aprendizagem e Feedback do supervisor</i>	90
Quadro 43 – Distribuição das respostas dos participantes para <i>Supervisão e relação de aprendizagem e Satisfação com o processo de supervisão</i>	91
Quadro 44 – Distribuição das respostas dos participantes para <i>Supervisão e relação de aprendizagem e Supervisão e interacção</i>	91
Quadro 45 – Distribuição das respostas dos participantes para <i>Supervisão e relação de aprendizagem e Apoio e respeito</i>	92
Quadro 46 – Distribuição das respostas dos participantes para <i>Supervisão e relação de aprendizagem e Supervisão e relação de confiança</i>	92
Quadro 47 – Distribuição das respostas dos participantes para <i>Esforço físico associado ao trabalho e Esforço mental e/ou psicológico</i>	93
Quadro 48 – Distribuição das respostas dos participantes para <i>diversas variáveis e Supervisão e relação de aprendizagem</i>	94
Quadro 49 – Distribuição das respostas dos participantes para <i>Esforço físico associado ao trabalho e Esforço mental e/ou psicológico</i>	94

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa, enquadrada no Mestrado em Supervisão (que decore na Universidade de Aveiro) está centrada na formação em Enfermagem realizada em Portugal e na República da Moldávia, uma das repúblicas da ex-URSS.

Apesar das limitações deste estudo, pretende-se dar uma visão do que foi e é a Enfermagem para uma zona considerável da Europa, designadamente para uma área geopolítica que ocupa o espaço da ex-URSS. Pretendemos também colocar em evidência a situação actual na Moldávia e Portugal, identificando pontos de reflexão sobre cada uma das realidades.

Ao abordar a evolução histórica da formação inicial em Enfermagem em ambos os Países ao longo do séc. XX, destacam-se vários aspectos relacionados com marcos históricos e sociopolíticos, patentes em múltiplas reformas a nível da formação em Enfermagem e das políticas de saúde.

A evolução histórica da formação em Enfermagem na ex-URSS, ao longo do séc. XX, apresenta algumas características que só podem ser compreendidas em paralelo com as realidades políticas, designadamente a formação de um bloco constituído por múltiplas nacionalidades. A história mostra não só que a Enfermagem evoluiu segundo as transformações nos sistemas de saúde mas também segundo a alteração de prioridades adoptadas pelos poderes políticos.

É necessário ter consciência que a dissolução da URSS, após 1991, teve importantes consequências para todas as nações. Os modelos de acompanhamento da formação, emergentes no período pós-dissolução da URSS, mostram um interesse diferente pela formação e pelos formandos, pelo modo desenvolver competências e obter ganhos para os sistemas de saúde.

A evolução dos últimos anos da formação em Enfermagem na Federação Russa, patente nas reformas implementadas, mostra também uma abertura ao Ocidente, pela aproximação aos modelos da Europa Ocidental e EUA. É evidente a adopção de uma nova orientação para a formação dos enfermeiros.

Com este estudo, pretende-se comparar a evolução da Enfermagem na República da Moldávia (que surgiu da desintegração da URSS) e em Portugal. Tentar-se-á ver até que ponto as várias ideologias políticas, realidades sociais e outros factores influenciaram a formação profissional dos Enfermeiros.

Estruturamos o enquadramento conceptual em três capítulos. No primeiro capítulo é abordada a enfermagem e a formação dos enfermeiros; aborda-se ainda a evolução histórica da profissão e a do ensino de enfermagem.

No segundo capítulo, procuramos entender como as várias perspectivas ecológicas e socioculturais influenciam o desenvolvimento humano. Constituímos uma base prévia para compreender o modelo bio-ecológico de Bronfenbrenner e a forma como este permite explicar o desenvolvimento do enfermeiro enquanto humano; aborda-se ainda o modelo de desenvolvimento sociocultural de Vygotsky.

O terceiro capítulo é dedicado à supervisão em contexto clínico. Analisam-se os conceitos e a natureza da supervisão, o perfil do supervisor e do mentor e o acompanhamento de práticas clínicas como momento-chave da aprendizagem.

Traçam-se posteriormente as principais directrizes metodológicas do estudo, que consistem basicamente numa pesquisa de natureza exploratória e descritiva.

Na discussão de conclusões tentamos mobilizar as informações recolhidas nos dois países, procedendo a diversas comparações.

PARTE I – A ENFERMAGEM NA MOLDÁVIA E EM PORTUGAL

1. A ENFERMAGEM NA MOLDÁVIA E EM PORTUGAL: ENQUADRAMENTOS

Como é sabido, a URSS (União das Republicas Socialistas Soviéticas), agrupava diferentes nacionalidades e mantinha um único sistema de educação e saúde. A URSS possuía programas de ensino idênticos nas quinze repúblicas que a constituíam. Encontramos dois pontos comuns entre todas elas, em particular na Rússia e Moldávia. Em primeiro lugar, o idioma oficial – *o russo*, e em segundo lugar o domínio da chamada *escola soviética* (plano de estudos, curriculum, formação, gestão, organização, etc.).

A Moldávia, como país autónomo, só surge no ano de 1992, aquando da sua independência. Assim, só a partir deste ano é que começam a surgir reformas que não dependem de um núcleo duro regulador, como acontecia na antiga URSS, mas de opções locais, tendo em conta contributos da OMS e de sistemas de saúde de países como a França, Grã-Bretanha, Estados Unidos da América ou Canadá. Esta metodologia não implicou um afastamento radical face à anterior filosofia; de facto, esta continua a ter influência devido não só ao enquadramento geopolítico, bem como o cultural, algo que se verifica, por exemplo, na região da PMR (*Pridnestrovyscaia Moldavyscaia Respublica* ou *Transnistria*). A República da Moldávia é um país complexo que tem três línguas oficiais, distribuídas de acordo com a geografia. Um dos principais marcos, é o rio Dnestr, uma fronteira natural que é reclamada pela PMR, distrito que fala em primeiro lugar o russo, apesar de reconhecer o romeno. Essa região está ainda hoje fortemente ligada à Rússia e à sua vizinha Ucrânia. O restante território é de forte influência latina, sendo o seu território original compartilhado com parte da Roménia oriental (uma das regiões mais conhecidas é a da *Transilvania*).

Nesta dissertação, não iremos focar a atenção apenas na história da Enfermagem da URSS e de Portugal, mas sobretudo às questões ligadas ao ensino.

O ensino de Enfermagem em Portugal e na URSS tem tido um percurso complexo, não sendo fácil separá-lo dos contextos sociopolíticos.

Desde a criação das primeiras escolas de Enfermagem, há mais de um século, até à sua integração no sistema de ensino superior, um longo caminho foi percorrido.

Já antes da criação das primeiras escolas existia um treino e instrução àqueles que cuidavam dos doentes. É de mencionar que o papel de cuidar foi, desde sempre, reservado às mulheres. Eram as mulheres que cuidavam das crianças, dos adultos, dos doentes, dos moribundos e das famílias. Desempenharam esse papel, primeiro em casa e depois em instituições, transferindo a sua atenção para outras pessoas que não os seus familiares.

Em Portugal e na URSS, só a partir do século XIX se intensificou a actividade de enfermagem profissional, fora da esfera privada e de forma remunerada.

O grande contributo para esta intensificação foi o movimento dinamizado por Florence Nightingale, que a partir de 1860 se desenvolveu em Inglaterra e posteriormente nos Estados Unidos e Canada e teve os seus reflexos na Rússia (junto da grã-princesa Elena Pavlovna, que partilhava a ideologia da Nightingale). Multiplicou-se a abertura de escolas onde era dada preparação adequada aos enfermeiros, tendo em vista a assistência a doentes nos hospitais e no domicílio.

1.1. ENQUADRAMENTO SOCIOPOLÍTICO NA URSS E EM PORTUGAL

A Rússia, ao participar na Primeira Guerra Mundial, sofre elevadas baixas civis e militares. Em 1917 ocorre a revolução em que o czar Nicolai II abdica do trono, ficando os bolcheviques no poder. O czar e sua família são executados. O governo dos bolcheviques, sob o comando de Lenine, combate em 1918 os “Exércitos Brancos” (guerra civil). É concedida a independência à Finlândia, à Polónia e aos três países bálticos. No mesmo ano é criada a Republica Socialista da Hungria e a Checoslováquia. A URSS (União das Repúblicas Socialistas Soviéticas) é instituída em 1922.

Estamos perante uma grande nação massacrada pela participação activa numa guerra mundial, numa revolução política nada pacífica e numa guerra civil que deixa o povo dilacerado por toda a espécie de problemas sociais e sanitários. Além de uma parte considerável de mutilados de guerra, surgem a subnutrição, as infecções, a elevada mortalidade infantil e maternal, com o aparecimento de inúmeros órfãos. Em suma, uma população inteira a necessitar de assistência médica acessível e qualificada.

Surge assim uma necessidade urgente de qualificar um elevado número de especialistas de saúde, entre estes, *medsestra* (enfermeira geral), *acucherca* (enfermeira obstetra) e *felidcher* (enfermeiro-especialista militar). Simultaneamente, é também necessária a introdução de mudanças na formação dos enfermeiros, devido ao surgir de novas realidades e a resolução dos problemas de saúde das populações.

Com a implementação destas medidas, na década de 40, surge uma oferta de profissionais numa escala sem precedentes (existiam 24 enfermeiros por 10000 habitantes). Esta proporção correspondeu a um aumento de oito vezes em relação ao período pré-revolucionário e três vezes superior aos indicadores de 1928 (6 anos após a fundação da URSS).

Ao ser desenvolvida esta nova estratégia de formação nas várias Repúblicas da URSS, regista-se uma redução da mortalidade infantil e maternal. De facto, a realidade mostrou que foram bem sucedidos os programas de profilaxia e tratamento de várias doenças (peste, tifo, tuberculose, tracoma, difteria, disenteria, ...).

Um novo golpe surge com a entrada de URSS na Segunda Grande Guerra (1941-1945) e com as invasões alemãs. Após esta participação, foram efectuadas novas reformas na assistência sanitária.

São recuperados estabelecimentos para a protecção à maternidade e à infância e é iniciada a construção de um grande número de maternidades e centros de saúde. Também é recuperado o funcionamento dos hospitais e sanatórios e é organizado o sistema de assistência de apoio aos deficientes e órfãos. Nestas circunstâncias e no seguimento destas reformas, torna-se necessário um maior número de profissionais de saúde no activo.

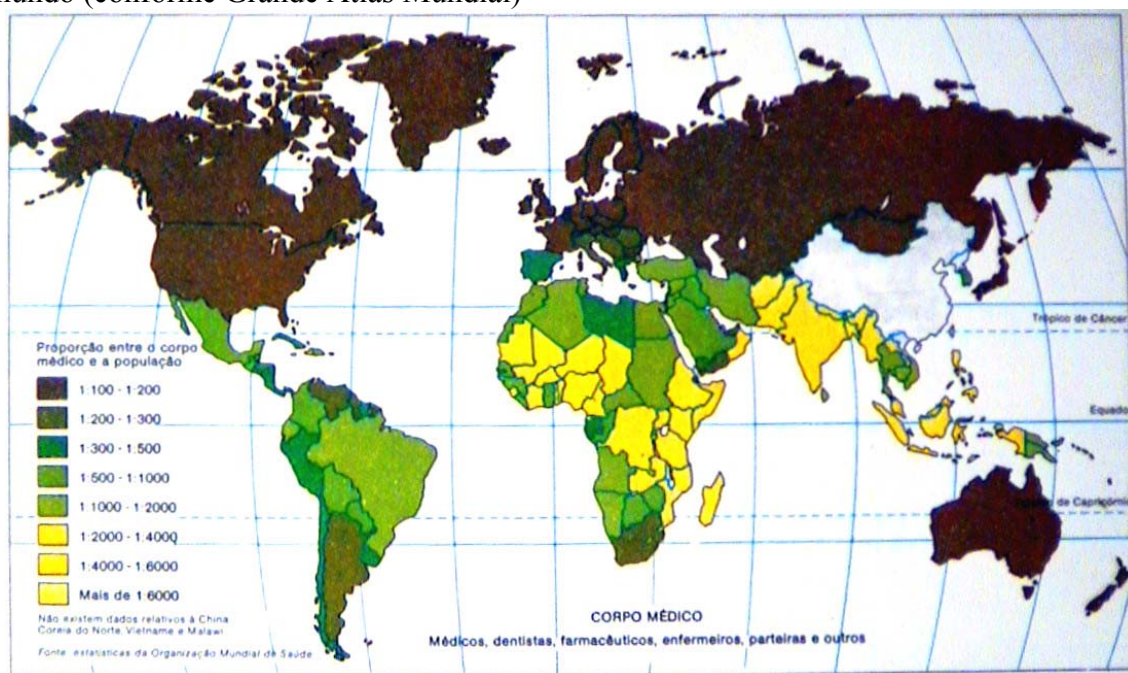
Na década de 80, a URSS está em plena guerra-fria. Depois do acidente de Tchernobyl, em 1986, e após a conturbada situação política e morte do presidente Yuri Andropov (em 1984) assiste-se à ascensão de um novo político, de seu nome Mikhael Gorbachev, que é nomeado Presidente do Soviete Supremo em 1988. É nesta década conturbada que surgem as primeiras reformas económicas na URSS.

Estas reformas levaram a uma reorganização no Sistema Nacional de Saúde. São introduzidos novos modelos económicos de gestão nas unidades de saúde e entende-se a

necessidade de aumentar a eficácia e rendimento de todo o sistema de saúde. Esta visão por vezes economicista da realidade da saúde, conduz à nomeação de administrações que consideram os enfermeiros “mão-de-obra” mais acessível para as instituições. Esta visão do governo provoca um abrandamento do desenvolvimento da assistência médica e de todo o sistema de saúde. Adicionalmente a falta de recursos motiva uma quebra de prestígio da classe de Enfermagem.

A proporção de médicos e enfermeiros na URSS chegou a atingir 1:1,25 em comparação com a proporção de 1:5 registada nos países da Europa Ocidental.

Figura 1 – Assistência médica (médicos, dentistas, farmacêuticos, **enfermeiros** e outros) no mundo (conforme Grande Atlas Mundial)



Na sequência do golpe militar de 28 de Maio de 1926, foi implementado em Portugal um regime autoritário. Em 1933 é implantado o Estado Novo e Oliveira Salazar passou a controlar o País, não mais abandonando o poder até 1968. Foi substituído por Marcelo Caetano que dirigiu o País até ser deposto, através de um golpe militar, que ocorreu no dia 25 de Abril de 1974.

Durante este período, o desenvolvimento da enfermagem acompanhou o desenvolvimento da sociedade portuguesa. Verificaram-se avanços significativos na formação dos enfermeiros, com especial realce nos anos 60. Fica consignada na enfermagem a formação básica e a formação complementar nas áreas de ensino e da administração. São criadas diversas especialidades, tais como a enfermagem em saúde pública, em saúde materna e em saúde mental e psiquiatria. Ainda antes do 25 de Abril inicia-se o interesse pela educação permanente. Pela negativa salientam-se os problemas de género: a enfermeira, a quem se reconhecia a necessidade de possuir uma forte vocação, tinha os seus direitos limitados por imperativo profissional.

De acordo com a visão da história dos ideólogos do regime anterior ao 25 de Abril de 1974, o País manteve uma política baseada na manutenção das colónias do "Ultramar", ao contrário da maior parte dos Países Europeus que então desfaziam os seus impérios coloniais. Apesar da contestação nos fóruns mundiais, como na ONU, Portugal manteve uma política de força e a partir do início dos anos 60 defendeu militarmente as colónias contra os grupos independentistas em Angola, Guiné e Moçambique.

Surge, então, a chamada Guerra Colonial (ou Guerra do Ultramar), que envolveu um período de confrontos entre as Forças Armadas Portuguesas e as forças organizadas pelos movimentos de libertação das antigas províncias ultramarinas de Angola, Guiné e Moçambique, entre 1961 e 1974.

Economicamente, o regime manteve uma política de condicionamento industrial que resultava no monopólio do mercado português por parte de alguns grupos industriais e financeiros. O País permaneceu pobre até à década de 1960, o que estimulou a emigração. Nota-se, contudo, um certo desenvolvimento económico a partir desta década.

O levantamento militar no dia 25 de Abril de 1974 derrubou, num só dia, o regime político que vigorava em Portugal desde 1926, sem grande resistência das forças leais ao governo, que cederam perante o movimento popular que rapidamente apoiou os militares. Este levantamento é conhecido por 25 de Abril ou Revolução dos Cravos. O levantamento foi conduzido por oficiais intermédios da hierarquia militar, na sua maior parte capitães que tinham participado na Guerra Colonial. Considera-se, em termos gerais, que esta

revolução devolveu a liberdade ao povo português (denominando-se "Dia da Liberdade" o feriado instituído em Portugal para comemorar a revolução).

Os condicionalismos políticos durante o apogeu do Estado Novo, o isolamento face ao resto da Europa e do Mundo e a Guerra Colonial traduziram-se em problemas para uma disciplina que avançava credivelmente para uma autonomia social e científica conquistada pelos seus próprios elementos.

1.2. EVOLUÇÃO DO ENSINO DE ENFERMAGEM

Começamos por analisar a realidade da URSS. Nas décadas de 10 e 20, existe uma necessidade premente de enfermeiros, devido às novas realidades sociais. Nesse tempo eram somente exigidos dois anos de formação para se obter o curso de Enfermagem.

No decurso da Grande Guerra, e posterior guerra civil, a Cruz Vermelha é responsável pela contínua formação dos enfermeiros.

Em 27 de Dezembro de 1919, entra em vigor a ordem do Conselho Militar Revolucionário e da Comissão de Saúde Popular sobre a abertura dos cursos das “*crasneh sestior*” (“irmãs vermelhas”, nome dado em honra das “Tropas Vermelhas”) e cursos das “*crasneh sanitaroc*” (ajudantes das “irmãs vermelhas”).

A duração do curso das “*crasneh sestior*” era de dois meses, de acordo com uma necessidade imperiosa de formar profissionais. Neste curso admitiam-se os comunistas e os trabalhadores industriais através de uma recomendação por parte dos órgãos do Partido (privilégio concedido somente a mulheres). No fim da formação, depois de realizar os exames finais e obter o respectivo certificado, as novas especialistas eram enviadas para a frente de batalha.

Nesta época, a Enfermagem na Rússia desenvolveu-se com o apoio da Cruz Vermelha. As enfermeiras do tempo da Grande Guerra designavam-se de “Irmãs da Misericórdia” (*siostre miloserdia*) e tiveram um papel importante ao cuidar dos feridos da guerra. Em 1914 são organizados cursos de Enfermagem com a duração de seis semanas, devido à grande necessidade de enfermeiras para apoio de vítimas de guerra.

Já numa fase posterior, o curso dos ajudantes (auxiliares de Enfermagem) tinha a duração de quatro meses. No final do curso estas tinham que realizar os exames finais, relacionados com as matérias leccionadas, tais como: anatomia, fisiologia, higiene, doenças infecciosas, desinfeção e desinfestação, cirurgia e técnicas práticas. Depois de receber o certificado, eram também enviadas para a guerra.

Assim, no ano de 1922, existem 2442 “Irmãs da Misericórdia” e 1923 ajudantes. Durante o período da Guerra Civil exercem funções cerca de 66000 mulheres, entre as quais 10000 religiosas. Trabalham em hospitais militares, em comboios-hospital, em lavandarias hospitalares e em centros de distribuição alimentar.

No decorrer do ano de 1917 exerciam a actividade um total de 2500 médicos e 2000 enfermeiros nos vários hospitais da Cruz Vermelha. No seguimento de uma ordem, por parte da administração médico – militar, são enviados para a guerra cerca de 1000 enfermeiros. No mesmo ano, é organizada em Moscovo, pela primeira vez, a Conferência Nacional das Irmãs da Misericórdia.

Em Janeiro de 1918, é publicada a primeira revista intitulada de “Primeiro Mensageiro de Saúde”.

Em 19 de Fevereiro de 1919 é aceite o plano de ensino para as escolas das irmãs da misericórdia pela Comissão da Saúde Pública Nacional. Os objectivos do programa são devidamente definidos, entre os quais a preparação de profissionais para efectuar o acto de cuidar e ter a noção da importância do papel que têm enquanto enfermeiras, ao efectuar a assistência.

Em 1920 foram eliminadas as organizações das irmãs de misericórdia. A palavra *misericórdia* deixou de ser um título das escolas da Enfermagem. Este processo acompanhou a repressão da Igreja Ortodoxa.

Estas medidas mostraram-se interessantes nas áreas para as quais foram criadas, mas, devido à fragilidade social provocada pelas ocorrências políticas da altura, o governo sentiu a necessidade de maior investimento na formação na área de obstetrícia e de criar um novo ramo de Enfermagem.

É realizada em 1922 a primeira Conferência dos Enfermeiros da Rússia. É aceite o programa de ensino com a duração de dois anos para o curso das enfermeiras gerais e de dois anos e meio para o curso das enfermeiras – obstetras.

Neste sentido algumas escolas de Enfermagem são transformadas em escolas de obstetrícia, onde se formavam futuras obstetras e assistentes de protecção à maternidade e à infância.

Para a preparação do novo ramo em Enfermagem, *assistentes de protecção à maternidade e à infância*, foram criados cursos com uma duração de 9 meses. Este tempo de formação aumentou sucessivamente para um ano, um ano e meio e, finalmente dois anos a partir do ano de 1922 (os especialistas necessitavam de dois anos e meio de formação).

Este novo ramo em Enfermagem tinha como objectivo formar especialistas capazes de fazer o acompanhamento da criança desde o nascimento até à idade de quatro anos. O acompanhamento consistia na prestação de cuidados à infância, nutrição e educação infantil. Estes profissionais tinham como campo de intervenção hospitais, maternidades, consulta externa e domicílio. Uma outra área de trabalho era o acompanhamento em centros de distribuição alimentar para a infância (*molochinaia kuhnia*), onde de uma maneira inteiramente subsidiada, era entregue a alimentação e respectivos suplementos alimentares para um crescimento saudável das crianças.

A partir de 1926 o termo “irmã da misericórdia” é substituído pelo termo enfermeiro. Neste período histórico, o enfermeiro era considerado como ajudante do médico.

A atribuição de um salário aos enfermeiros concretiza-se em 1932. O salário varia em função do nível da formação e estágio de trabalho.

Em 1933 concluiu-se que os enfermeiros tinham um nível baixo de formação. Os enfermeiros eram formados como “ajudantes dos médicos” e não para o exercício de actividades autónomas, como era necessário.

Em 1936 os hospitais são ampliados. Também é introduzida uma nova função, a de enfermeiro-chefe. A criação desta categoria justificava-se pela promoção da qualidade na prática clínica dos enfermeiros. O sistema de formação passou a ser “standard” na URSS, conforme refere Bakhtina (2002).

Em 1937 são organizados cursos de Enfermagem mais complexos, dentro dos hospitais principais. No mesmo ano, é publicado o primeiro número da revista “*Felidcher e Acucher*”.

O programa de formação adoptado tinha uma duração de três anos, tendo conteúdos ligados ao ensino secundário juntamente com disciplinas básicas de medicina, com poucos conteúdos associados a uma enfermagem autónoma. De qualquer forma, representou um avanço significativo. O curso estava dividido em seis semestres e incluía:

- a) Conhecimento da anatomia humana, das várias funções vitais, sistemas, órgãos; conhecimentos básicos de farmacologia; princípios de assistência.
- b) Teoria e prática associada aos cuidados de saúde a doentes com problemas de medicina interna, neurologia e infecto-contagiosas.
- c) Bases de cirurgia, oftalmologia, otorrinolaringologia e dermatologia. Formação em contexto clínico.
- d) Cuidados especiais e/ou dedicados às crianças e utentes com problemas do foro psiquiátrico; técnicas de primeiros socorros.
- e) Estágios em centros especializados tais como serviços de fisioterapia e sanatórios; conhecimentos de saúde ocupacional, nutricionismo, introdução à investigação clínica; fundamentos de gestão e economia de saúde.
- f) Estágios na comunidade e em centros de saúde.

O enfermeiro, enquanto profissional, possui pouca autonomia; tem de adoptar uma prática baseada numa série de responsabilidades, nomeadamente:

- Cumprir as prescrições do médico, sob supervisão;

- Ter domínio de técnicas dentro de dada especialidade médica;
- Conhecer e saber identificar a sintomatologia ligada a deferentes quadros patológicos;
- Possuir conceitos de higiene nas suas várias vertentes (social, geral, no trabalho, em lares, pessoal, alimentar e outras);
- Analisar causas sociais das doenças;
- Desenvolver medidas de prevenção.

No ano de 1940, a quantidade de enfermeiros é oito vezes superior, em comparação com o período pré-revolucionário, indicando uma proporção de 24 enfermeiros por cada 1000 habitantes.

É publicado em 1942 o primeiro número da revista “*Medsestra*” (A Enfermeira). Durante a Segunda Guerra Mundial, os enfermeiros contribuíram para a histórica vitória do povo russo assumindo um papel preponderante de apoio às tropas. Demonstraram uma atitude notável para com os doentes e feridos, usando todos os seus conhecimentos e estando sempre disponíveis para cuidar, realizando toda a dedicação as suas tarefas. Graças a estes enfermeiros, 72.3% dos feridos e 90.6% dos soldados e oficiais do exército, sobreviveram e voltaram às suas funções, enquanto militares.

Nestas circunstâncias, muitos enfermeiros receberam medalhas pela sua coragem e heroísmo. São condecorados 17 enfermeiros com a ordem de Herói da União Soviética, e 41 enfermeiros são condecorados com a medalha de “*Florence Nightingale*” pelo Comité Internacional da Cruz Vermelha.

Em 1947, o Ministério da Saúde Pública da URSS introduz o novo programa de ensino para as escolas, onde se preparam os enfermeiros qualificados para exercer a Enfermagem nos maiores Centros de Saúde e Centros de Diagnóstico em todo o País.

Em 1959, o Ministério do Ensino aceita um novo programa de formação em Enfermagem, com maior duração. É incluída uma prática clínica mais consistente, à qual se dedica mais tempo e atenção. No mesmo ano, criam-se cursos de especialização e

programas de formação permanente para os enfermeiros. Os planos estudo são revistos progressivamente nos anos de 1965, 1972, 1982, 1989 e 1991.

Assim, em 1988, introduz-se um novo plano de ensino de Enfermagem, “*sestrinscoie delo*” (Enfermagem geral). Desde o ano de 1991, após a dissolução da URSS, o plano é aplicado não só em escolas de Enfermagem com a duração de dois a três anos, mas também nos colégios de Enfermagem, com a duração de formação de quatro anos. No mesmo ano, abrem os departamentos de ensino superior em Enfermagem dentro dos estabelecimentos de ensino superior de medicina. É instituído o curso de superior em Enfermagem na Rússia, que no entanto não é extensivo a todo o território.

No decorrer dos anos, a URSS é confrontada com o decréscimo da relação entre médicos e enfermeiros. No início dos anos 1980 situa-se de 1:1,7 a 1:1,9. De acordo com os dados da Associação Medicinal da América, nos EUA, este indicador atinge 1:6,5. Como há falta de enfermeiros, estes têm que assumir as suas funções e as de auxiliar de enfermagem. Por sua vez, os médicos assumem por vezes uma parte das funções do enfermeiro.

As mudanças operadas desde então trouxeram outros horizontes à Enfermagem que a tornaram reconhecida quer socialmente como uma profissão, quer oficialmente por um conjunto de diplomas que foram evoluindo ao longo dos anos.

Neste contexto, a colaboração com colegas do Ocidente contribuiu para a reforma da organização da prática clínica e formação em Enfermagem na Federação Russa. São realizados dois projectos, um com o apoio da Organização Internacional Cristã *World Vision International*, e o segundo, patrocinado pela USAID. Como resultado destes projectos foi criado um sistema de formação que visa a formação básica e a formação especializada, ambas de nível superior. Este resultado teve influência no sistema de ensino da PMR (Moldávia).

A Comissão Estatal para o Ensino Civil da URSS institui em 1991 a *sestrinscoie delo* (Enfermagem avançada) como curso superior. A partir desta data, esta área de formação passa a fazer parte da lista de cursos em várias Universidades.

O ministério da Saúde da Federação Russa, na publicação “Perspectivas de desenvolvimento em Enfermagem na Federação Russa”, de 1994/04/20, avalia como positiva a formação dos enfermeiros.

Na Academia Estatal de Medicina em Moscovo (I. M. Sechionov) e na Universidade Estatal de Medicina em Samára, foram organizadas as primeiras faculdades de ensino superior em Enfermagem, no ano de 1991. São abertos em 1996 cursos superiores com apoio de meios de formação à distância.

Um evento importante na história da Enfermagem é a formação, no ano de 1992, da Associação das Enfermeiras na Rússia, com a presidente V. A. Sarchisova. Participando na conferência em Enfermagem (Junho de 1996, St. Petersburg), é apresentado o primeiro código ético em enfermagem. Na base deste documento estão referências nacionais e internacionais (Códigos de Ética e cartas de direitos).

No código adoptado, é sublinhada a ideia de um sentimento humanista na actividade dos Enfermeiros. A ideia de neutralidade e isenção na actividade de Enfermagem foi também um ponto assente, conforme as palavras muito interessantes e profundas do famoso cirurgião N. I. Pirogov: *“Nós nunca separamos os feridos entre amigos e inimigos”*.

Esta é uma consideração sobre a história e evolução da Enfermagem na URSS, passaremos agora à descrição da história e evolução em Portugal.

Em Portugal, a Enfermagem desenvolveu-se acompanhando os constrangimentos políticos, sociais e culturais de todo o século XX na Europa. A profissão era exercida por elementos de várias congregações religiosas, confrarias e irmandades. Muitos hospitais localizavam-se em conventos e em propriedades de Misericórdia. Conforme Ferreira (1990), as pessoas que tinham a responsabilidade de cuidar eram conhecidas como “enfermeiros maiores”, “enfermeiros menores”, “hospitaleiros” e “hospitaleiras”, “irmãos” e “irmãs”, “religiosos” e “religiosas”, “enfermeiras”, “servas” ou simplesmente “mulheres”.

A história do ensino da Enfermagem acompanha a própria história de Enfermagem e os seus acontecimentos mais evidentes.

O ensino de Enfermagem tem raízes desde 1881, quando foi criada a primeira escola de Enfermagem. No entanto, já antes existia a tentativa de preparar pessoas para a prestação de cuidados de Enfermagem. Mas só em 1881 é institucionalizado o ensino de Enfermagem, seguindo a realidade da Europa e América (Carvalho, 2004). A formação iniciou-se numa escola no Hospital da Universidade de Coimbra, mas que apenas durou um ano, não tendo sido oficializada. Em Lisboa ocorreu cinco anos antes, no actual Hospital São José, antigo Hospital de Todos os Santos (actualmente a Escola Superior de Enfermagem de Artur Ravara). Contudo, esta só foi oficializada em 1919, quando se realizaram os primeiros cursos de formação de enfermeiros.

O ensino de Enfermagem iniciou-se assim, em grande medida, devido à iniciativa do Hospital Geral de Santo António e da Santa Casa de Misericórdia do Porto, aos Hospitais da Universidade de Coimbra e ao Hospital Real de São José. Estes hospitais estavam ligados às Faculdades de Medicina de Coimbra e às escolas médico-cirúrgicas de Lisboa e Porto.

O Hospital Geral de Santo António foi a primeira instituição particular a criar uma escola de Enfermagem. A finalidade da escola era melhorar as competências do pessoal de Enfermagem, dotando-o de conhecimentos que o habilitassem a um melhor desempenho da sua árdua missão. Em 1886, foi assim fundada a escola de Enfermagem D. Ana Guedes no Porto, tornando-se um marco importante na história da Enfermagem nesta cidade e no País.

As grandes instituições hospitalares, localizadas nas cidades de Porto, Coimbra e Lisboa, detinham um significativo número de enfermeiros em exercício. Nos restantes hospitais do País, sendo muitos deles associados à Misericórdias concelhias, a Enfermagem era praticada essencialmente por religiosas, com ou sem formação em Enfermagem (Soares, 1997).

Em 1897 é iniciado o curso de Enfermagem, em novos moldes, mantendo-se em funcionamento regular durante vinte anos. Em 1918 a duração do curso passa para dois anos consecutivos, por regulamento que estabelece não só as normas do seu funcionamento, mas também as normas de conduta dos alunos.

Em 1935 é aprovado novo regulamento que se aproxima ao das escolas de Lisboa e Coimbra, que tinham já sido aprovados em 1920 e 1922. O curso passou a ter a duração de três anos.

Soares (1997) refere que até a década de 40 do século XX em Portugal, o governo atribuía aos hospitais a responsabilidade da formação de enfermeiras. Nesta altura, o ensino da Enfermagem emergiu como uma resposta à organização dos hospitais (Abreu 2001:178).

A partir da década de 40, o Estado intervém no ensino da Enfermagem para uniformizar e centralizar. Não havia um curriculum enquanto documento organizado, apenas orientações dispersas com uma finalidade – formar auxiliares do médico. A problemática deste período histórico era devida ao ensino prático ser feito por enfermeiros mais velhos com fraca formação académica (ensino formal).

Entre 1940 e 1950 são promulgados alguns diplomas que reorganizam os serviços de saúde e a assistência social. São criados alguns serviços como o Instituto Maternal e o Instituto de Assistência Psiquiátrica, que mais tarde viriam a participar na preparação especializada de pessoal (Soares, 1997).

O Decreto-Lei n.º 32 612, de 31 de Dezembro de 1942, é o primeiro instrumento legal para a uniformização das escolas, estabelecendo normas quanto à duração dos cursos, geral e de especialização, e estabelecendo normas relativas às condições de admissão dos candidatos e locais de estágio.

A evolução das escolas decorreu em função das dificuldades inerentes à época que era vivida em toda a Europa e em particular em Portugal. Nessa altura, conforme Soares (1997), ao enfermeiro era reservado o papel de auxiliar do médico.

A aprendizagem era influenciada pelo contexto hospitalar, muito voltada para os cuidados curativos. A saúde pública não tinha o peso equivalente às necessidades da comunidade ao nível primário de prevenção (Carvalho, 2004).

As análises sociológicas começaram a multiplicar-se a partir da década de 60. Apesar das múltiplas reformas do sistema de saúde que visavam a prevenção, o sistema de saúde caminhava sempre em direcção a uma dinâmica assistencial hospitalocêntrica.

A formação académica dos enfermeiros desenvolveu-se de forma acentuada, vindo a reflectir-se na tendência para a complexificação, qualidade das práticas, promoção do seu valor social, reconhecimento pelos restantes elementos da equipe multidisciplinar e autonomia em relação a estes. Experimentaram-se modelos de formação básica e especializada, reflexo de uma maior autonomia científica da Enfermagem face ao poder médico e uma separação gradual das escolas dos hospitais (Abreu, 2001).

Os serviços de saúde sofrem uma grande evolução a partir de 1965. Os hospitais deixam de ter uma visão puramente curativa e passam a ser vistos não apenas como local de tratamento, mas também como centro de prevenção e de educação sanitária dos doentes, das suas famílias e da comunidade em geral.

O Decreto-Lei n.º 46 448 de 20 de Julho de 1965, citado por Carvalho (2004), indica os objectivos do curso de Enfermagem:

- Dar aos alunos a noção do valor da saúde, da forma como poderá ser mantida e da importância, não só do tratamento das doenças, mas também especialmente da sua prevenção dos aspectos de reabilitação, tornando-se conscientes e aptos para o ensino da promoção da saúde;
- Ensinar aos alunos como cuidar de doentes de todas as idades, como indivíduos e membros de agregados familiares ou profissionais, quer em serviço de saúde, quer no domicílio;
- Ensinar os alunos como prestar cuidados de Enfermagem a doentes agudos ou crónicos em qualquer situação patológica, física ou mental.

Este curso devia proporcionar ao aluno através dos três anos, uma formação como pessoa e como técnico, que lhe permitisse ser considerado, no fim desse período, um profissional apto e eficiente em qualquer campo de Enfermagem.

A data de 25 de Abril de 1974 foi um momento crucial para o desenvolvimento do País, com a implantação de um regime democrático. Em 1975, após a revolução, o Secretário de Estado da Saúde nomeia um grupo de trabalho formado por representantes das escolas de Enfermagem, Sindicatos e Associação Portuguesa de Enfermeiros, para estudar uma nova concepção curricular.

Com a Revolução de Abril os enfermeiros, como muitas outras classes profissionais, foram emergindo no panorama profissional e científico. É nesta altura que se começa a desenhar a criação de uma Ordem Profissional e uma sentida necessidade de que a formação em Enfermagem, para além de ser integralmente atribuída aos enfermeiros, viesse a ser colocada no sistema educativo a nível superior. Um dos instrumentos que terá colaborado neste propósito foi a definição da Lei de Bases do Serviço Nacional de Saúde em 1979 (Ferreira, 1990; Abreu, 2001).

Numa análise da actual carreira de Enfermagem em Portugal, importa referir que esta se encontra dividida por níveis e categorias, com os respectivos conteúdos funcionais, nas áreas de prestação de cuidados, na área da gestão e na área da assessoria.

Reforçando a pertinência social da profissão, constata-se que a formação em Enfermagem tem uma profunda influência nas áreas da concepção, organização e prestação de cuidados de saúde às populações. Trata-se de um conjunto de aspectos que têm sido aprofundados através da investigação aplicada, com benefícios evidentes para os saberes próprios da profissão. A Lei n.º 104/98 de 21 de Abril faz nota da evolução da sociedade portuguesa e das suas exigências crescentes em matéria de cuidados de saúde, o que implica a existência de profissionais com competências próprias e com qualificações devidamente acreditadas.

Após 1980, com a criação dos Departamentos de formação permanente nos hospitais, onde outros profissionais das equipas de saúde assumiram igual protagonismo, os enfermeiros deram início a uma nova fase de valorização profissional, com investimentos fortes e concisos na formação em contexto de trabalho.

A partir de 1983 verificou-se um desenvolvimento acentuado das especialidades em Enfermagem, com o aparecimento de um leque de cursos de especialização nas escolas

pós-básicas de Lisboa, Porto e Coimbra. São traçados novos planos de estudo tendo por base os processos de avaliação e reflexão sobre a formação em Enfermagem.

O ensino de Enfermagem foi integrado no sistema educativo nacional em 1988, um século após a criação da primeira escola. Assim, a formação em Enfermagem transita para o Sistema Educativo Nacional a nível do Ensino Superior Politécnico, através do Decreto-Lei n.º 480/88 de 23 de Dezembro. Conforme Abreu (2001), a partir de 1989 os alunos de bacharelato de Enfermagem e posteriormente da licenciatura, passaram a inserir-se progressivamente nos meios académicos de nível superior.

A Enfermagem portuguesa encontra-se vinculada à Lei de Bases da Saúde através do estabelecido na Constituição Portuguesa (Sousa, 2000). Esta lei vem definir novas linhas orientadoras de características mais liberais que se reflectem no exercício profissional dos enfermeiros. No que se refere ao exercício, este encontra-se sobre vigência da Carreira de Enfermagem e de vasta legislação complementar, que foi surgindo ao longo do tempo, da qual se destaca o aparecimento da Ordem dos Enfermeiros, com o seu Estatuto Profissional e Código Deontológico (Lei n.º 104/98 de 21 de Abril).

Até 1992, os docentes das escolas de Enfermagem estavam integrados na carreira única de Enfermagem. A partir desta altura e em consonância com a integração das escolas no sistema de ensino superior, os docentes transitaram progressivamente para a carreira do pessoal docente do ensino superior politécnico (Decreto-Lei n.º 185/81 de 1 de Julho). Estes passaram a usufruir dos mesmos direitos e, simultaneamente, a estar condicionados pelas exigências típicas dos restantes docentes do ensino superior.

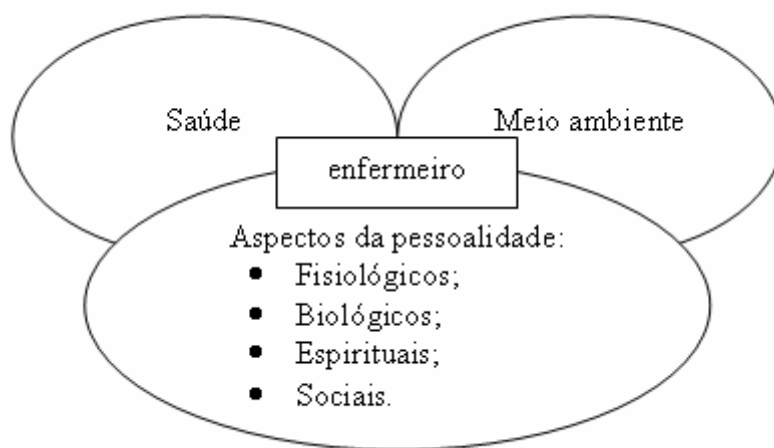
Como resultado de todas estas transformações, a profissão de enfermeiro chega ao século XXI com uma regulamentação consistente, uma formação de nível superior e uma Ordem Profissional. O foco de qualquer profissão da área de saúde é a prática clínica. Todos os sistemas de formação dão realce a modelos de formação orientados para a prática clínica, formação e investigação.

Na Figura 2, ilustra-se o modelo da prática clínica, que actualmente é utilizado na Rússia e adaptado pela PMR.

O principal objectivo da prática clínica é o ser humano. O ser humano é visto como algo complexo, integrado, que é influenciado por factores bio-psicológico e espirituais. Consideram-se os seguintes princípios básicos sobre a existência humana:

- O ser humano permanece em contacto com o meio ambiente: interior e exterior;
- A saúde humana corre sempre riscos;
- O crescimento e a idade influenciam as necessidades do ser humano;
- O meio ambiente influencia e condiciona as necessidades do ser humano, ou seja, o seu estado de saúde;
- Os seres humanos vivem normalmente em grupos (famílias) para o benefício colectivo.

Figura 2 – Modelo da prática clínica actual na Rússia, adaptado pela PMR



Antes de se apresentarem as características da prática clínica, é importante mencionar que embora existam diferentes modelos explicativos sobre a assistência, todos conferem especial importância à prática clínica.

Os modelos da prática clínica são complexos, articulando diversos conceitos e estratégias. Para o desenvolvimento dos modelos actuais, contribuem as descobertas que se têm operado em diferentes áreas como por exemplo a fisiologia, a sociologia e a psicologia. No núcleo de cada um dos modelos está sempre o utente com as suas necessidades, bem como a privacidade de cada uma das etapas no processo clínico e o papel central do enfermeiro em cada uma das etapas.

Um dos modelos considera o humano como “conjunto” de órgãos anatómicos e sistemas fisiológicos, sendo esta filosofia mais adoptada e implementada na URSS.

Um outro modelo, o modelo de Djeckson, centra-se no comportamento do utente, demonstrado nas várias situações.

Henderson considera que o utente como um ser humano, tem as suas características individuais e as suas necessidades, o seu modo de pensar e viver. Este modelo é baseado na teoria de Maslow, psicólogo americano, que desenvolveu a teoria de hierarquia das necessidades humanas e que no presente é a mais aceite, conforme Bakhtina *et al.*, (2002).

1.3. A FORMAÇÃO CLÍNICA: CONTEXTOS E PRÁTICAS

“A enfermeira é a vista dum cego, um suporte para a criança, uma fonte de conhecimentos, o apoio para uma jovem mãe, a boca dos que não têm força, nem vontade para falar” (Virgínia Henderson, citada por Bahtina, *et al.*, 2002:46).

Estas palavras são uma metáfora clássica, que representa a missão de um enfermeiro.

Nos dias de hoje, com a sucessão de reformas liberais a par da crescente relevância das tecnologias, assiste-se ao primado do economicismo, com a secundarização do humanismo. Neste contexto o papel dos enfermeiros é cada vez mais importante na preservação dos valores humanos.

Na Moldávia, a prática clínica é considerado um espaço de desenvolvimento que requer um alto nível de raciocínio profissional e humanismo. Requer também

conhecimentos e saberes em relação às ciências tais como as sociais, as de saúde e as biológicas. Na actual Moldávia, os alunos ao exercer a prática clínica têm que familiarizar-se com as seguintes realidades, que a caracterizam face a outras áreas de medicina:

- A prática clínica tem um objectivo concreto (recolha de informação, identificação da doença, planificação das acções, execução e avaliação dos resultados);
- A prática clínica tem uma grande importância para a sociedade. A saúde do indivíduo é preciosa e a sociedade é dependente da saúde de cada elemento. O papel dos enfermeiros é manter e promover um bom estado de saúde;
- A prática clínica inclui uma sucessão de actos únicos e personalizados;
- A prática clínica é um serviço desinteressado. O acto de cuidar é considerado um trabalho solidário;
- A prática clínica é fundamentada na responsabilidade e na segurança. Existem normas de prática clínica, que obrigam os enfermeiros a assumir responsabilidades pela qualidade no trabalho;
- Os enfermeiros estão envolvidos nos vários níveis de formação, ou seja, cada enfermeiro tem que saber usar os seus conhecimentos e técnicas. Deve ter um nível de preparação mais elevado quanto mais elevada e complexa for a exigência da sua prática clínica. No presente, os enfermeiros têm diferentes níveis de formação, entre eles, o Curso de Licenciatura em Enfermagem. O enfermeiro permanece em formação contínua, com a assistência de cursos e seminários, aliado a uma componente autodidacta. Este nível de curso requer dos profissionais o acompanhamento das evidências da investigação e a aplicação dos mesmos como factor facilitador do trabalho, que consequentemente, vai melhorar a qualidade da sua prática;
- A prática clínica desenvolve-se com autonomia e lealdade. A autonomia é a capacidade de se auto-orientar e responsabilizar-se pelas acções. Assim, o médico e o enfermeiro são inter-dependentes. Cada um dos profissionais faz

parte de um todo para uma melhor recuperação da parte do utente, permanecendo independentes;

- No presente, a profissão de enfermagem é detentora de um prestígio considerável.

O plano de estudos na actual Moldávia sublinha as seguintes finalidades:

- Assegurar a saúde física e mental do utente bem como o tratamento no caso de doença;
- Promover uma prática clínica de qualidade;
- Participar na organização e gestão dos cuidados de saúde;
- Desenvolver o acto de cuidar, promovendo uma relação de ajuda e interesse pelo ser humano na sua globalidade;
- Participar na educação para a saúde da comunidade;
- Ter contacto com áreas especializadas que permitem dar resposta a problemas mais complexos de saúde.

Indicam-se a seguir as quatro principais obrigações profissionais do enfermeiro:

- a) Disponibilidade e orientação das práticas clínicas: acção, prevenção, tratamento, reabilitação e apoio aos utentes.
- b) Transmissão de informação aos utentes, aos profissionais de saúde e aos habitantes em geral.
- c) Actividade de relação e acções de prevenção e sensibilização.
- d) Desenvolvimento da prática clínica através do investimento nas capacidades reflexivas e críticas dos profissionais, bem como investigações científicas na área de saúde.

As investigações na área da saúde efectuem-se pelos próprios enfermeiros, que podem influenciar e dinamizar a respectiva prática clínica.

Para Portugal, o plano de estudos de 9 de Agosto de 1976 reflecte uma visão democrática das escolas e do ensino em Enfermagem. A metodologia a utilizar apela para o seguinte:

- Desenvolvimento de capacidades de análise e crítica;
- Desenvolvimento de actividade criativa;
- Necessidade de trabalhos individuais e em grupo.

“...Disto resultara a aquisição do saber, saber/ser e saber/fazer, verdadeira essência de uma formação adquirida.” (Despacho do Secretário de Estado da Saúde de 9/08/1976, citado por Carvalho, 2004).

O plano de estudos de 9 de Agosto e 1976 centrava-se na saúde da pessoa, da família e da comunidade, apresentando os objectivos de forma racional.

Em 1987 é aprovado um novo plano de estudos referindo: *“O enfermeiro, como membro da equipa de saúde, planeia, executa e avalia cuidados de Enfermagem que englobam a prestação de serviços ao indivíduo, como membro de uma família ou comunidade.”* (Despacho de 24/9/1987, do secretário de Estado-Adjunto da ministra da Saúde, citado por Carvalho, 2004).

Pretende-se que o aluno seja capaz de:

- Prestar cuidados de Enfermagem a indivíduos, famílias e comunidade, a nível da prevenção primária, secundária e terciária, utilizando a metodologia científica;
- Colaborar com outros técnicos de saúde e sectores envolvidos no desenvolvimento global integrado na comunidade;

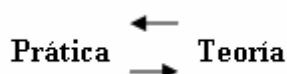
- Contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem, participando na formação permanente dos enfermeiros e na elaboração de estudos relativos ao exercício da profissão;
- Desenvolver uma consciência profissional, colaborando nas organizações profissionais, tendo em vista a evolução da profissão de Enfermagem e a melhoria dos cuidados de Enfermagem à população.

Este plano de estudos prevê uma maior participação do aluno no processo de ensino-aprendizagem.

Quanto ao acompanhamento do aluno no âmbito do modelo, esta é uma parte fulcral na formação do profissional, visto que é um meio precioso para trabalhar saberes e competências. Esta é a realidade moldava, mas que também corresponde ao contexto português.

É essencial a articulação de saberes, a parceria entre a *Teoria* e a *Prática*, o “diálogo” entre estes dois campos, como se ilustra na Figura 3.

Figura 3 – Troca de informação entre a componente prática e teórica



A avaliação deve centrar-se numa articulação entre as competências adquiridas na teoria (avaliação teórica) e a forma como põe em prática essas mesmas competências (avaliação prática).

A avaliação teórica pode valorizar-se através de exames escritos, trabalhos de pesquisa ou monografias e exames orais finais. A avaliação da prática segue uma filosofia de observação directa por profissionais, de modo a avaliar as capacidades de assistência e a capacidade de lidar com situações imprevistas. Esta avaliação pode ser complementada

com a realização de trabalhos, bem como relatórios das actividades práticas, feitas em centros de saúde e outros. O acompanhamento do aluno na Moldávia é feito sempre pelo docente, ou seja, o docente responsável pela componente teórica tem a responsabilidade de acompanhar os seus alunos nas aulas práticas.

O “diálogo” entre a componente teórica e prática pode ser complementado com preparação teórica com recurso a modelos, a vídeos demonstrativos ou outros meios, em que a componente prática é apoiada com visitas a centros e/ou regiões onde o aluno pode confrontar realidades e/ou casos reais que complementam a sua formação.

A necessidade da prática está no centro da aprendizagem profissional é também aceite em Portugal. É fundamental que as abordagens que facilitam a aprendizagem através da prática sejam consideradas e implementadas. Assim, conforme Gimeno (1988), toda a profissão é definida pela prática que realiza, constituindo-se como um monopólio que obedece a regras e que se baseia em conhecimentos que só os que a desempenham possuem (referido por Carvalho, 2004).

O modelo de alternância é o modelo actualmente utilizado no contexto português do nosso estudo. O modelo procura proporcionar ao aluno desde o primeiro ano, tal como acontece na Moldávia, um contacto progressivo com as situações reais de trabalho que permitam desenvolver competências de forma integrada, respeitando princípios da formação em alternância, a dialéctica entre teoria e prática e a fase do seu desenvolvimento (Plano de estudos, 1999:6, referido por Carvalho, 2004).

O acompanhamento que é feito tem também uma elevada relação com todo o processo de aprendizagem. Seja qual for o momento de avaliação da aprendizagem, o professor deve estar ao lado do aluno, comprovando, perguntando, acompanhando a prática clínica.

Actualmente, nas duas escolas estudadas, o acompanhamento é feito por professores que são responsáveis da prática clínica, com o apoio dos enfermeiros das instituições de saúde. Desta forma, os primeiros passos que os alunos dão na integração em contexto de trabalho são acompanhados com a presença, a ajuda e o apoio dos docentes intervenientes no processo ensino-aprendizagem.

2. PERSPECTIVAS ECOLÓGICAS E CULTURAIS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

“São vãs as dúvidas sobre a relação positiva da educação com o desenvolvimento. Todo o desenvolvimento é consequência directa do desenvolvimento do homem, o próprio homem é consequência directa do seu desenvolvimento educativo. Sendo a educação, portanto, factor imprescindível de qualquer processo de desenvolvimento autónomo, percebe-se a sua importância e utilidade social...” (Proposta Global de Reforma, Princípios orientadores – M. E., Julho 1988, citada por Praia, 1991:10).

Facultar um ensino que contribua para o desenvolvimento individual e social pressupõe desde logo aproximar o aluno do mundo em que tem de viver e das suas complexas inter relações. Pressupõe ainda abandonar as tradicionais metodologias memorístico-repetitivas, o que nos conduzirá ao objectivo primordial: estimular valores e desenvolver atitudes.

Um ensino-aprendizagem com estas características pressupõe ainda uma plataforma de trabalho interdisciplinar, ou pelo menos de relação entre as diversas disciplinas no plano temático, metodológico e epistemológico, plataforma essa assente numa prática de participação activa (envolvendo a pessoa) que estimule o desenvolvimento de competências.

Este conjunto de pré-requisitos é indispensável para favorecer o crescimento de cidadãos informados, actantes e comprometidos com uma visão menos fragmentada da sociedade e do mundo.

As instituições, à semelhança das pessoas, são sistemas abertos. As instituições estão em permanente interacção com o ambiente que as rodeia, que as estimula ou condiciona, que lhes cria contextos de aprendizagem e de desenvolvimento, conforme referem Alarcão e Tavares (2003).

De acordo com os mesmos autores, na concepção do seu projecto de desenvolvimento, as escolas devem ter em conta o contexto histórico e sociocultural em que se inserem, as características dos seus professores e dos seus alunos, os factores organizacionais, a relação com o ambiente que as circunda, as culturas que lhes são endógenas e as que, sendo exógenas, as influenciam, tais como as questões políticas e curriculares.

A teoria do desenvolvimento social de Vygotsky desafia métodos de ensino tradicionais. Historicamente falando, as escolas foram organizadas em torno do ensino de características expositivas. O professor expõe o conhecimento a ser memorizado pelos estudantes, que por sua vez recitam a informação ao professor (Hausfather, 1996). Os estudos baseados na teoria do desenvolvimento social facilitam o desenvolvimento cognitivo a partir de outras estratégias de formação.

A estrutura actual das escolas não reflecte as mudanças rápidas que a nossa sociedade está a viver. A introdução e a integração da informática na sociedade aumentaram as oportunidades para a interacção social. Consequentemente, o contexto social encontra-se em aprendizagem e transformação constante. Visto que a colaboração e a instrução dos pares eram somente possíveis no espaço físico compartilhado, os relacionamentos de aprendizagem podem agora ser dados de forma distanciada através de ciberespaço. A informática é uma ferramenta cultural que os estudantes podem usar para a medição e análise da sua aprendizagem. Pesquisas recentes sugerem que a mudança dos contextos de aprendizagem relativamente às inovações tecnológicas é uma actividade de aprendizagem poderosa (Crawford, 1996). Se as escolas continuarem a resistir à mudança estrutural, os estudantes serão mal preparados para o mundo.

2.1. MODELO BIO-ECOLÓGICO DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DE BRONFENBRENNER

“A ecologia do desenvolvimento pessoal e profissional do professor implica o estudo (...) da interacção mútua e progressiva entre, por um lado um indivíduo activo, em constante crescimento, e, por outro lado, as propriedades sempre em transformação dos meios imediatos em que o indivíduo vive, sendo este processo influenciado pelas relações entre os contextos mais imediatos e os contextos mais vastos em que aqueles se integram.”

Alarcão e Sá-Chaves (1994:210)

Alarcão e Sá-Chaves (1994) adoptaram o conceito de Ecologia do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (1993) ao contexto de supervisão. Considera-se que este modelo facilita a compreensão do desenvolvimento do ser humano, nas suas constantes interacções com o meio ambiente, permitindo uma melhor compreensão das dinâmicas sociais e relacionais no contexto da supervisão.

Estamos perante um posicionamento em que sujeito e ambiente surgem imbricados tendo como pano de fundo uma multiplicidade de relações inter contextuais.

No processo supervisivo é extremamente relevante compreender as relações que se estabelecem entre os processos de interacção que ocorrem desde o micro até ao macro sistema.

Bronfenbrenner, como ele próprio escreve, defende uma perspectiva teórica do desenvolvimento humano que assenta numa nova concepção do desenvolvimento da pessoa, do meio envolvente e da sua interacção: *“I offer a new theoretical perspective for research in human development. The perspective is new in its conception of the environment, and especially of the evolving interaction between the two”* (Bronfenbrenner, 1997, citado por Portugal, 1992:8).

O postulado básico do Bronfenbrenner consiste na convicção de que os ambientes naturais exercem uma influência forte sobre a conduta humana. Constata-se o facto de que a psicologia das pessoas depende, em grande parte, de interacção com o ambiente que o rodeia. Também Lewin (1936) afirma, que a conduta surge em função de intercâmbio da pessoa com o ambiente, traduzindo para a equação $C = f(PA)$, onde C representa a conduta, f a função, P a pessoa e A o ambiente.

Bronfenbrenner (1996) refere que apesar das interacções mais directas do sujeito se realizarem a nível de microsistema, o desenvolvimento depende, em grande parte, de contextos que ultrapassam o microsistema e se situam em estruturas sociais e institucionais, ao mesmo tempo que dependem das inter-relações que entre vários contextos se estabelecem.

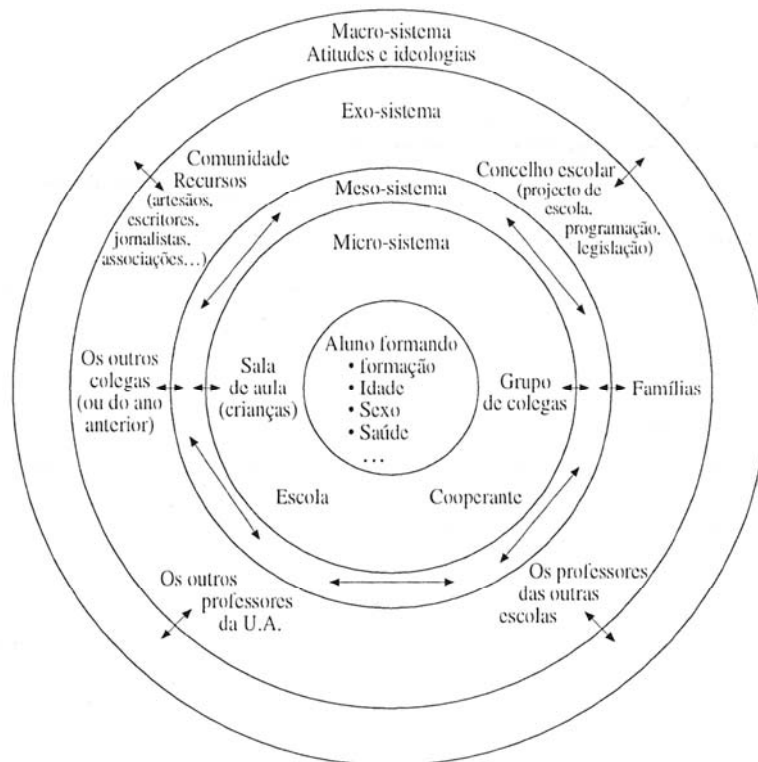
Ao considerar a Figura 4 (que apesar de ser criada pelo Bronfenbrenner para o desenvolvimento da criança, pensamos que se adapta, também, ao mundo do adulto) que ilustra um ambiente ecológico da formação supervisionada (Sá-Chaves, 2000:149), compreende-se bem o facto de não poder diminuir a influência do microsistema no desenvolvimento da estrutura do formando, designadamente aos níveis cognitivo, afectivo, motor, relacional e transformativo. A mobilização feita pelo indivíduo de todos estes saberes, necessários ao pensar, decidir e agir, sugere a noção de competência no âmbito das ciências da educação e da sociologia do trabalho.

O desenvolvimento acontece tanto na interacção dos indivíduos no interior do nível mais proximal, o ambiente imediato, onde se encontra a pessoa em desenvolvimento, numa relação face-a-face com um outro significativo (microsistema), como na inter relação entre os diversos níveis de contexto e entre diferentes microsistemas (onde o indivíduo é participante activo), como a família, escola/trabalho e vida social (mesosistema). Essas inter conexões podem ser tão decisivas para o desenvolvimento, quanto os eventos que ocorrem num determinado ambiente (Bronfenbrenner, 1979/1996, citado por Santos e Bastos, 2002).

Bronfenbrenner refere-se a uma ou mais envolvências que não incluem o sujeito em desenvolvimento como participante activo, mas que por sua vez as influências afectam a

experiência no contexto imediato (trabalho do parceiro, ...). Trata-se, na sua perspectiva, do exosistema.

Figura 4 – Ambiente ecológico da formação supervisionada (Sá-Chaves, 2000:149)



O macrosistema refere-se aos marcos culturais ou ideológicos que afectam ou podem afectar os sistemas de menor ordem (micro-, meso- e exo-), que confere a estes uma certa uniformidade.

Com base na teoria Bronfenbrenniana, tenta-se fazer uma ligação deste modelo com a área de saúde. Em enfermagem sublinha-se que a constelação de competências que o exercício do trabalho evoca não é um adquirido intrínseco ao sujeito e muito menos uma entidade estática. De acordo com Abreu (2001), o enfermeiro, no decurso da sua experiência, forma-se no confronto com o contexto e com os outros, confronto este que só se traduz em mudança na medida em que se confronta permanentemente consigo próprio, filtrando, transformando e enriquecendo o seu património cognitivo e efectivo.

Ao aplicar o modelo ecológico à supervisão dos ensinos clínicos em enfermagem, compreende-se a importância que representa este modelo para a compreensão dos fenómenos de aprendizagem.

Sendo assim, a nível de microsistema produzem-se interacções entre o aluno, o docente, o enfermeiro tutor, o utente e o conhecimento. O bem-estar físico e mental do aluno adquire-se nas interacções intrínsecas do microsistema, através da ajuda, acompanhamento e orientação.

A nível de mesosistema tem-se um conjunto de interacções muito mais abrangentes, que atravessam as barreiras de diferentes contextos. O desenvolvimento do aluno também é influenciado pela dinâmica estrutural, organizacional, administrativa da escola, dos hospitais e dos centros de saúde.

O exosistema afecta o desenvolvimento e a aprendizagem do aluno através da articulação das escolas de enfermagem com os hospitais, com as directivas da política de saúde, etc.

O macrosistema influencia o comportamento do aluno enquanto contexto sociocultural. O aluno de enfermagem encontra-se inserido numa sociedade onde existem elementos culturais vigentes e é confrontado com todos os aspectos subjacentes à convivência social, à conjectura política, histórica e cultural.

Um outro conceito fundamental no modelo de Bronfenbrenner é a *transição ecológica* e acontece quando a inserção do sujeito em diferentes contextos ocasiona o desempenho de novas actividades, modificação, assunção de novas funções e o estabelecimento e/ou reestruturação de outras relações interpessoais.

O desenvolvimento significa então a produção de novidades psicológicas, saltos qualitativos ao longo de transições. As transições, por sua vez, apresentam mudanças desenvolvimentais, que levam a mudança na auto-percepção e percepção do outro e que criam oportunidades para novas interacções indivíduo-contexto.

As transições ecológicas na vida de uma pessoa são constantes, mas a especificidade de transição de aluno a enfermeiro “*é um elemento central no processo de aprendizagem profissional...*” (Formosinho-Oliveira, 2002:102).

Partindo dessa convicção e de acordo com os princípios de conceptualização do Modelo Ecológico, desenvolvidos por Alarcão e Sá-Chaves (1994), salienta-se que o desenvolvimento é facilitado se o actor possuir uma informação prévia sobre a transição a que será sujeito, e faz com que existisse um esforço permanente na preparação dos alunos para as transições ecológicas, de modo a que quando os estagiários mudassem de escola...já tivessem um conhecimento razoável do novo ambiente onde se iriam integrar.

Por isso, espera-se que os ensinamentos clínicos ajudem a transição ecológica para a vida profissional, de acordo com Formosinho-Oliveira (2002:102), “*a prática final é concebida como facilitadora da transição ecológica do contexto da instituição de formação para o contexto da profissão*”.

A cultura é incluída neste modelo como uma qualidade do ambiente, que o torna específico e singular, conforme mostra Bastos (1994:32), e pretende reunir numa mesma unidade de análise o contexto cultural – compreendendo sua natureza histórica e temporal – e processos desenvolvimentais, “como figura e fundo em interacção”. A cultura seria então um organizador, estruturando e regulando o desenvolvimento.

O modelo ecológico apresenta uma série de componentes que são conceitos familiares noutras disciplinas (ciências sociais, políticas, ...). A novidade é que requer atenção para as interconexões ambientais e impacto que estas podem ter sobre a pessoa e seu desenvolvimento psicológico.

2.2. MODELO DO DESENVOLVIMENTO COGNITIVO DE VYGOTSKY

Lev Vygotsky, nascido na U.R.S.S. em 1896, é responsável pela teoria do desenvolvimento sociocultural da aprendizagem. O autor acreditou que a interacção social influencia profundamente o desenvolvimento cognitivo. A teoria de Vygotsky é baseada na

convicção de que o desenvolvimento biológico e cultural não ocorre no isolamento (Driscoll, 1994).

Vygotsky defende que a aprendizagem promove o desenvolvimento uma vez que intervém e estimula a zona de desenvolvimento pessoal. Vygotsky defendeu que o processo de desenvolvimento ao longo da vida depende da interacção social e que a aprendizagem social conduz realmente ao desenvolvimento cognitivo. Este fenómeno é chamado de *zona de desenvolvimento proximal*. Vygotsky descreve-o como "*a distância entre o nível real de desenvolvimento, determinado pela capacidade de resolução independente de um problema, e o nível potencial de desenvolvimento, determinado através da resolução do problema sob a orientação de um adulto ou em colaboração com colegas mais capazes de o resolverem*" (Vygotsky, 1979, citado por Sá-Chaves, 2000:73). Ou seja, um estudante pode executar uma tarefa com ajuda de um supervisor ou com a colaboração de colegas, acedendo a níveis de desempenho aos quais por si só, seria difícil ou impossível.

Assim, a escola deve ter como objectivo explícito trabalhar a zona de desenvolvimento proximal, proporcionando intencionalmente influências e transformações cognitivas (Abreu, 2003).

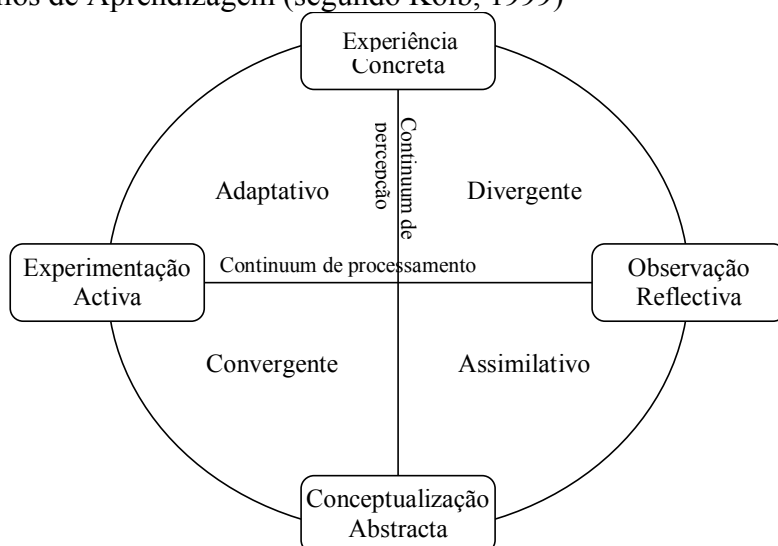
Com base nos trabalhos de Vygotsky, Kolb (1984), defendeu que o contexto sociocultural influencia a forma como o aluno transforma a informação, possibilitando o desenvolvimento de determinadas competências ou o atrofamento de outras; nesta perspectiva, as características dos contextos empíricos seriam congruentes com as condicionantes do meio (citado por Abreu, 2003).

Kolb (1984) define a aprendizagem pela experiência como “um processo no decurso do qual um saber é criado, graças à transformação pela experiência” (citado por Carvalho, 2004).

Esta concepção de aprendizagem experiencial e de formação pela prática considera que existe uma formação informal e uma dinâmica formativa dos contextos de trabalho que estão em constante mutação. Conforme a ilustra a Figura 5, este modelo admite que a prática profissional influencia e é influenciada pela formação das identidades sociais e

profissionais, num processo de dupla influência, conforme Abreu (2001). Para haver aprendizagem é preciso que haja reflexão, que confronto com os quadros simbólicos do indivíduo, resultando no desenvolvimento de competências.

Figura 5 – Estilos de Aprendizagem (segundo Kolb, 1999)



Existem duas condições para que uma determinada formação possa ser considerada como experiencial:

- O contacto directo com a situação,
- A possibilidade de agir.

Com base nestes requisitos, pode-se assumir a aprendizagem em ensino clínico no curso de enfermagem como uma aprendizagem experiencial.

Algumas das ferramentas criadas por Kolb para a avaliação de estilo de aprendizagem e dos condicionamentos ambientais, foram atribuídos especificamente para enfermeiros, sendo sujeitos a avaliações psicométricas, cruciais para o processo de tomada de decisão a partir dos resultados obtidos (EPQ – Environmental Press Questionnaire e ACP – Adaptive Competency Profile, estudados e aplicados por vários autores, entre eles: Stutsky e Laschinger em 1995 e Abreu em 2001, citados por Abreu (2003)). É defendido

pelos mesmos autores, que o modelo de Kolb pode constituir-se como uma estratégia de desenvolvimento dos modelos de formação utilizados pelos docentes de enfermagem.

Jean Piaget, contemporâneo do Vygotsky, enfatizava a teoria de que a inteligência não é um processo inato mas sim o produto da interacção entre a pessoa e o seu contexto envolvente, sendo construído e moldado pela experiência. Sendo assim, o conhecimento não tem e não deve ter como objectivo a produção de representações de uma realidade independente, mas que, em vez disso, deve possuir uma função adaptativa.

O modelo de aprendizagem de Dewey explicita a natureza e o desenvolvimento da aprendizagem, introduzindo a noção de feedback para descrever de que forma a aprendizagem transforma os impulsos, sentimentos e desejos de experimentação em propósitos para a acção (Abreu, 2003).

Também Lewin considerava que as expectativas, o conhecimento, as atitudes e as emoções influenciam a construção e a interpretação dos conteúdos das experiências.

Cada um destes modelos, construindo um olhar diferente sobre a forma como um aluno desenvolve a sua aprendizagem em contexto clínico, permite melhor entendimento de diversas dimensões no processo de aprendizagem, neste mesmo contexto.

A teoria de Vygotsky requer que o professor e os estudantes desempenham papéis inovadores e interactivos. Assim, a aprendizagem transforma-se numa experiência recíproca para os estudantes e para o professor.

Uma unidade de cuidados, onde se encontra o aluno pela primeira vez, apresenta-se como contexto complexo de sociabilidades e identidades profissionais. Conforme as dinâmicas adaptativas, explicadas por Vygotsky, a primeira tarefa do aluno seria a de encontrar uma forma de se adaptar ao novo contexto. A tarefa seguinte é de conseguir o “controlo da situação”, adaptando o seu estilo de aprendizagem à realidade encontrada. De modo que o ambiente, como ambiente formativo vai servir de objecto de aprendizagem para o aluno de modo a promover e incentivar a interacção e a colaboração do mesmo. Posteriormente, a tomada de decisão do aluno no acto de cuidar é facilitada se forem disponibilizadas “ferramentas” que lhe permitam ter uma percepção positiva de si e segurança nas atitudes e comportamentos (Abreu, 2001).

Tendo em conta que o aluno se depara com um conjunto de problemas em toda a sua dimensão e está a viver a fase crucial para o seu desenvolvimento sócio-moral, surge como factor importante o acompanhamento pelo docente ou pelo tutor. O acompanhamento contínuo e sistemático “*minimiza a possibilidade de se sedimentarem erros e falsos sentimentos de segurança, que podem ter consequências graves se ocorrerem em estádios iniciais de formação*”, segundo Abreu (2003:38).

2.3. APRENDIZAGEM E PRÁTICAS REFLEXIVAS

“Actuação inteligente e flexível, situada e reactiva produto de uma mistura integrada de ciência, técnica e arte, caracterizada por uma sensibilidade de artista aos índices manifestos ou implícitos, em suma, uma actividade a que se dá o nome de artistry”

(Schön, 1983, citado por Alarcão e Tavares, 2003:35).

Segundo Alarcão e Tavares (2003), a abordagem reflexiva baseia-se no valor da reflexão na e sobre a acção com vista à construção situada do conhecimento profissional que apelidou de epistemologia da prática.

Trata-se de perante contextos instáveis, indeterminados e complexos, o profissional conseguir dialogar com a própria realidade, de forma conducente à construção do conhecimento em acção utilizando o aprender a fazer, fazendo.

Alarcão e Tavares (2003:36) passam a explicar: “*perante contextos imprevisíveis é necessário um saber/fazer inteligente que assenta num conhecimento tácito, inerente e simultâneo, às acções do profissional*”.

No contexto supervisivo e na própria relação supervisor/supervisado, pretende-se que o formando possa executar tarefas sob a orientação do supervisor, cujo papel é de companheiro e conselheiro, pois frequentemente, a realidade encontrada apresenta-se perante o formando sobre a forma de caos. Só através de uma reflexão dialogante sobre os problemas emergentes é possível a construção activa do conhecimento na acção.

Ao combinar a acção-experimentação e reflexão sobre a acção, tarefas complexas para o futuro profissional, cabe ao supervisor orientar, estimular, exigir, apoiar e avaliar, colocando-se num plano horizontal de inter-ajuda e construção, caminhando a par e passo com o novo profissional, dando-lhe a mão, sempre que isso seja indispensável.

Utilizando o pensamento de Schön, considera-se que o supervisor deverá encorajar a reflexão na acção, sobre a acção e ainda a reflexão sobre a reflexão na acção. As duas primeiras dimensões situam-se ao nível cognitivo. Porém, a reflexão sobre a reflexão na acção comporta uma reflexão meta-cognitiva, com um grau de exigência muito mais elevado. O desenvolvimento profissional ao longo da vida situa-se a este nível, tratando-se de um processo árduo de auto-supervisão.

Schön aponta três estratégias supervisivas que emergem deste paradigma reflexivo:

- a) A experimentação em conjunto;
- b) A demonstração acompanhada de reflexão;
- c) A experiência multifacetada.

A verbalização do pensamento como expressão da reflexão na acção, permite o envolvimento das duas partes no processo supervisivo. Estas necessitam de recorrer aos vários domínios do saber, de forma a tentar compreender e solucionar os problemas em causa. Criticar, reapreciar e reformular são tarefas a executar em diáde.

Ao supervisor compete apoiar o confronto com os problemas reais, colaborando na sua descodificação, ajudando a levantar hipóteses conducentes a uma nova experimentação, seguida de verificação, processo não linear mas circular e contínuo.

O futuro profissional é assim encorajado a explorar as suas próprias capacidades de aprendizagem e a ser capaz de progredir no seu desenvolvimento, assim como na sua forma pessoal de integração no ambiente profissional.

3. SUPERVISÃO DAS PRÁTICAS CLÍNICAS

Neste capítulo iremos referir alguns argumentos teóricos que servem de suporte para a análise de grande parte do estudo que nos propusemos realizar.

Num contexto de mudanças aceleradas na sociedade em geral e no mundo da saúde em particular, o ensino clínico deve facilitar o desenvolvimento de uma ideologia profissional e dar aos alunos a oportunidade de desenvolver o conhecimento e as capacidades requeridas para uma prática competente. Também as próprias aprendizagens, tendo em conta o cenário actual, terão de desenvolver-se de uma forma mais activa, responsável e experiencial, as quais possam fazer apelo a atitudes mais autónomas, dialogantes e colaborativas numa dinâmica de investigação de descoberta e de construção de saberes.

A aprendizagem em Enfermagem depende de aspectos contextuais de natureza social e institucional, sendo indissociável da estrutura pessoal e dos factores que, directa ou indirectamente penetram a rede de relações interpessoais e as transições ecológicas que afectam esse desenvolvimento.

Desta forma, o ensino clínico actual não é um processo isolado na vida dos futuros enfermeiros, pelo contrário, situa-se face ao seu passado e ao seu presente, tendo em atenção o seu futuro e o seu projecto pessoal.

A supervisão clínica em Enfermagem surge como uma forma de garantir e estabelecer padrões de cuidados, uma forma alternativa de abordar os métodos de trabalho e também, uma nova forma de realizar a formação e desenvolvimento pessoal e profissional através do projecto pessoal em contexto de trabalho.

O conceito de supervisão utilizado no âmbito da formação graduada, formação pós-graduada e no decurso da experiência profissional dos enfermeiros, refere-se a uma relação profissional centrada na exigência, na formação, no trabalho e no desenvolvimento emocional, que envolve uma reflexão sobre o desenvolvimento das práticas orientadas por um profissional qualificado. Compreende um conjunto de estratégias (centradas no profissional e no grupo), incluindo *preceptorship*, *mentorship*, supervisão da qualidade das práticas, promoção e acompanhamento dos critérios de qualidade.

3.1. NATUREZA E CONCEITOS

Conforme o Dicionário Enciclopédico KLS (1978), a palavra supervisão define-se como *o acto ou efeito de supervisionar/visão superior* e supervisionar ou supervisionar como *dirigir e inspeccionar um trabalho; revisar*.

O conceito de supervisão sempre foi rodeado de representações negativas para muitos actores sociais. A este propósito Alarcão (1982), cita alguns comentários em que a maior parte das pessoas concorda com o facto de muitos supervisores exercerem o papel de fiscalizar. Daí, por vezes, o receio e a resistência formam uma barreira para aceitação do uso do termo supervisão.

Na década de 30 o conceito de supervisão e a própria designação é mais utilizada na área da formação dos professores. Blumberg (1976), um dos autores que estudou as relações interpessoais em supervisão, analisando as percepções que os professores têm dos supervisores, conclui que os supervisores actuais aparecem aos olhos dos professores como distantes, de contactos difíceis, estabelecendo com os professores uma relação artificial de tipo ritualista que provoca nos mesmos sentimentos de tensão, inibição e inferioridade. Porém, os supervisores de futuro surgem como indivíduos abertos, de contactos fáceis, humanos e flexíveis... e são capazes de atribuir ao professor um papel muito activo na resolução dos problemas, que em conjunto se propõem resolver (Alarcão, 1982).

Em estudos no contexto português com o objectivo de aprofundar o conhecimento sobre o conceito de supervisão, Alarcão e Tavares (1987), referem-se à supervisão como a um processo em que um professor, em princípio mais experiente e mais informado, orienta um outro professor ou candidato a professor no seu desenvolvimento humano e profissional (Sá-Chaves, 2000).

Também, Sá-Chaves (2000) alargando a reflexão sobre conceitos, afirma que o supervisor não é ou não deveria ser considerado apenas como aquele que supervisiona (dirige, orienta e/ou inspecciona a partir de uma posição superior), mas também, como aquele que aconselha e ainda aponta para uma dupla dimensão no processo de

desenvolvimento pessoal e profissional, numa visão dialéctica entre duas vertentes de formação e estende-as à área de saúde.

Para Schön (1987:178), “*o papel do formador não consiste tanto em ensinar como em facilitar a aprendizagem, em ajudar a aprender*”, ou seja, “*na situação de formação, o orientador desempenha fundamentalmente três funções: abordar os problemas que a tarefa coloca; escolher na sua actuação as estratégias formativas que melhor correspondem à personalidade e aos conhecimentos dos formandos com quem trabalha; e tentar estabelecer com eles uma relação propícia à aprendizagem*”.

Neste sentido, Alarcão e Sá-Chaves (2000), investigadoras da área das ciências da educação, mostram que há a influência do supervisor na aprendizagem e no desenvolvimento do aluno.

A supervisão pode construir-se como uma dupla medição entre o conhecimento e o formando, num processo facilitador do desenvolvimento dos participantes através da reconstrução continuada dos saberes pessoais e profissionais. Este facto é possível através da:

- Criação de condições que proporcionam uma envolvimento de aprendizagem cognitivamente estimulante e afectivamente gratificante, numa perspectiva de desenvolvimento curricular instituinte e inovadora;
- Monitorização de processos de reflexão sistemáticos e continuados sobre a própria prática...e prática de outros.

Em suma, as duas condições supervisivas, referidas por Sá-Chaves (2000), merecem a nossa atenção, pois os processos cognitivos de cada formando podem evoluir ao nível de flexibilidade, que apresentam nas tomadas de decisão e também, à nível de capacidade de avaliar criticamente e controlar os processos de implementação das opções decididas no exercício da sua actividade profissional.

Também Weaver (1980) reflecte sobre finalidades formativas como o produto de detectar as dificuldades do aluno e encontrar estratégias de remediação que permitam ao

professor trabalhar com o aluno os aspectos em que ele falha, para o ajudar a ultrapassar as dificuldades detectadas (Sá, 1995).

Conforme Alarcão e Tavares (1987) afirmam, a supervisão tem lugar num tempo continuado, pois só assim se justifica a sua definição como processo. O desenvolvimento profissional do professor situa-se no âmbito de orientação de uma acção profissional.

Importa esclarecer o que se entende por orientação, porque é precisamente neste ponto que residem as divergências quanto ao *modus faciendi* da prática da supervisão. Orientar clinicamente pressupõe que o saber esteja investido na acção e que os conhecimentos resultantes da acção sejam pontos de partida para novas aquisições, quer para elaborações a mobilizar, quer para repensar as já existentes. Permite, assim, integrar e desenvolver o saber-ser e saber-estar com o saber do acto educativo e a descoberta da pessoa que se apresenta no processo como sujeito. A relação ser, saber e fazer é considerada essencial, sendo o estudante, o sujeito activo da acção (Alarcão e Tavares, 1987).

O atributo “clínico” surge pela necessidade de terminar com a tendência de reduzir a escola a uma fábrica e a supervisão a um controlo especial, e com as representações sobre a supervisão como um processo hierárquico e impessoal de inspecção, domínio e controlo de qualidade (Alarcão e Tavares, 2003).

A supervisão clínica veio como alternativa ao tipo de supervisão geral, procurando o acento na observação e reflexão do próprio ensino e na colaboração e entre – ajuda dos colegas. “*Esta supervisão compreende um processo permanente de enriquecimento mútua e de ajuda entre colegas, assente numa relação interpessoal saudável, autêntica, cordial, empática que permita o estabelecimento de uma atmosfera afectivo-relacional positiva em ordem a facilitar o desenvolvimento normal do processo de desenvolvimento dos professores e da aprendizagem dos seus alunos*” (Alarcão e Tavares, 2003).

Quanto ao papel específico de supervisor, surge como facilitador do desenvolvimento e da aprendizagem dos profissionais em formação inicial e contínua, individual e em grupo, tendo como finalidade melhorar o ensino através do desenvolvimento pessoal e não apenas o desenvolvimento do conhecimento.

A utilização do termo “clínico” denota uma influência do modelo clínico de formação dos profissionais de saúde sobre o modelo de formação de professores, conforme refere Alarcão (1982).

Este modelo de supervisão surge no final dos anos 50, desenvolvido por M. Cogan, R. Goldhammer e R. Anderson na Universidade de Harvard.

Cogan utilizou o termo “clinical supervision” para distinguir este tipo de supervisão daquele que ele designou por “general supervision”, ou seja, o termo clínico não tem qualquer conotação com o tratamento de anomalias psíquicas.

A supervisão clínica reside numa atitude positiva do professor em relação à supervisão e num interesse genuíno em melhorar o seu ensino, motivados por uma atitude do supervisor, menos autoritária e inibitória (Alarcão, 1982).

E na área de saúde?

Hildegarde Peplau, nas teorias que formulou em matéria de epistemologia de formação em enfermagem, identificou o acompanhamento das práticas clínicas como um processo integrado onde convergiam diversas complexidades: o desenvolvimento de atitudes, habilidades e características pessoais, em paralelo a inteligência emocional, as preocupações éticas e o pensamento relacionar. Um conjunto de preocupações, sistematizadas por H. Peplau deu acordo ao que se convencionou designar de “supervisão clínica em enfermagem”.

Betty Neuman refere-se à supervisão das práticas como um processo que permite avaliar a consecução dos objectivos e uma eventual necessidade da sua reformulação, tendo em vista os diagnósticos de enfermagem, os resultados pretendidos e mesmo a validação do próprio processo de Enfermagem.

Para Imogene King, o acompanhamento das práticas prevê uma dinâmica de supervisão, a qual permite uma avaliação sobre o tipo de informação considerada para a tomada de decisão, sobre os conhecimentos que os enfermeiros possuem para examinar e avaliar estas alternativas.

Martha Rogers tenta equacionar a complexidade da relação assistencial referindo-se a “campos de energia”, realidades “tetradimensionais” e “representações cognitivas”. O acompanhamento das práticas permitiria investigar novas atitudes assistenciais virtualmente inexploradas, conforme refere Abreu (2002).

A “teoria dos Cuidados Humanos Transcendentais” desenvolvida, por Jean Watson, inclui referências explícitas ao acompanhamento das práticas e ao processo de desenvolvimento pessoal dos enfermeiros. Cita a supervisão clínica como um processo que também permite o “crescimento” e a “maturação” pessoal e espiritual dos enfermeiros. O que há de comum a muitas destas abordagens é a articulação efectiva entre a prática clínica, o desenvolvimento profissional e a formação de uma inteligência emocional.

No entanto, os casos de Bristol, Kent e Canterbury (Reino Unido) despoletaram o debate sobre a supervisão clínica: a enfermagem sentiu necessidade de lançar um olhar mais abrangente sobre si mesma (Abreu, 2002).

O “Inquérito Allit” (1991) conduziu a uma profunda discussão sobre a formação dos profissionais de saúde. Ficou então muito clara a necessidade de desenvolvimento de estratégias institucionais que permitem um acompanhamento mais próximo do processo de desenvolvimento pessoal e profissional nos contextos da prática, dos quais depende também a protecção de doentes.

Em 1994, Tait identificava as características que colocaram decisivamente a SCE (Supervisão Clínica em Enfermagem) no centro das preocupações em matéria de formação e gestão em saúde. Mais recentemente ainda, as normas para acreditação do King’s Fund Health Quality Service incluem uma referência expressa à supervisão das práticas clínicas.

Surgiram diversos conceitos de SCE que, como explica Yvone Moores, reflectem idêntica diversidade das áreas clínicas, da sua natureza à sua organização (Butterworth *et al.*, 1996).

O UKCC (United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting, 1985) defende a necessidade de proporcionar aos profissionais os meios necessários para a definição de sistemas de supervisão clínica nos diversos contextos que compõem os serviços de saúde. Em 1996, considera-a um processo de acompanhamento

focalizado, envolvendo uma reflexão sobre a prática (que pressupõe a presença de um supervisor qualificado).

A supervisão clínica em enfermagem é um processo formal de apoio profissional e acompanhamento, que permite aos formados desenvolver conhecimentos e competências, assumir responsabilidades pelo próprio desempenho profissional e proteger os utentes em situações clínicas complexas. O denominador comum a todos os conceitos pode-se resumir ao cuidado de tornar extensivo o conceito de SCE ao exercício profissional e ao período de formação escolar. No entanto, as teorias produzidas sobre o fenómeno supervisoivo convergem ao considerar que SCE é um processo vocacionado fundamentalmente para o apoio profissional.

As definições existentes de supervisão clínica variam de autor para autor. Por exemplo, Webster (1966), refere “the etymological definition of supervision is not *super vision*, it is simply *to oversee*”. Da maneira como é apresentada a definição, parece-nos que deixe de lado o ensino e a aprendizagem, que ocorrem em supervisão clínica.

Loganbill, *et al.* (1982), definam a supervisão como “*an intensive, interpersonally focused one-to-one relationship in which one person is designated to facilitate the development of therapeutic competence in the other person*”.

Nesta consideração, a supervisão é algo que ocorre só no contexto de uma relação “one-to-one”, personalizada. Loganbill *et al.* (1982), examinaram a supervisão em grupo, concluem, que os supervisores clínicos usam frequentemente esta modalidade (Goodyear & Nelson, 1997, citado por Bernard & Goodyear, 1998).

Hart (1982), define a supervisão como um processo educacional contínuo em que uma pessoa no papel de supervisor ajuda a outra pessoa no papel de supervisado a adquirir a conduta profissional apropriada através de um exame de instrução das actividades profissionais.

A outra possível definição de supervisão clínica em enfermagem é apresentada por Bernard & Goodyear (1998): “*a intervenção provém de um membro superior da profissão para um membro (ou membros) mais novo desta mesma profissão. A relação vai evoluindo, entendendo todo o tempo, tendo em conta as propostas simultâneas de*

intensificação do funcionamento profissional de supervisados, monitorizando a qualidade dos serviços profissionais, a prestação de cuidados oferecidos aos utentes; ele/ela (membro superior) observa e actua como porteiro daqueles que vão entrar nesta profissão”.

Em outras definições são evidentes as metas para a supervisão no que concerne o ensino e aprendizagem, dando valor aos necessidades e/ou dificuldades em aprendizagem e desenvolvimento de aptidões e competências de cada supervisado.

Outra meta no processo de supervisão é a prestação de grau de liberdade aos supervisados para que possam assim, sentir e desenvolver a responsabilidade na tomada das decisões nos casos de urgência (Sternberg, 1990).

Abreu (2003:10) reflectindo sobre as necessidades que possuem as actuais instituições de saúde na formação dos enfermeiros, escreve: “...o aprofundamento das experiências de tutoria não pode deixar de ter em conta a necessidade de promover a gestão de sentimentos, uma auto-estima positiva, o desenvolvimento de competências clínicas, a utilização dos resultados da investigação e uma atenção aos custos dos cuidados de saúde”.

Na formação inicial dos profissionais de saúde (especialmente na área de saúde mental) existem dois tipos de conhecimento (Schön, 1983, citado por Bernard & Goodyear, 1998):

- a) Teorias formais e observações que as confirmam ou são confirmáveis através da pesquisa;
- b) O conhecimento e competências subjacentes que resultam da experiência profissional.

Schön (1993) entende o campo da prática como espaço de desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas, num contexto de tensões entre a racionalidade técnica e a racionalidade prática.

O aluno de enfermagem adquire o conhecimento que lhe é transmitido pelo docente, pelo tutor ou pelos pares. Mas o aluno de enfermagem também aprende,

compreende e organiza o conhecimento através de um trabalho intelectual, físico ou através da experiência (Abreu, 2003).

Para Williams (1995), supervisionar é ensinar sobre o que acontece em contexto prático e fornecer a ponte de ligação entre um terreno universitário e uma clínica, a ponte sobre qual os estudantes diriam “the large theory – practice gulf” (Ronnestad e Skovholt, 1993, citados por Bernard & Goodyear, 1998).

De facto, os supervisados necessitam de uma condição para que possam desenvolver as suas competências profissionais, isto é habilidades da sua prática in vivo.

Como a disciplina que se orienta é função do bem-estar dos utentes, a Enfermagem deve prestar atenção às dimensões pessoais e profissionais dos enfermeiros, identificando áreas em que estes necessitam de suporte científico, afectivo ou emocional, conforme Abreu (2002).

Nos estudos sobre supervisão clínica em enfermagem encontramos modelos de:

- **aconselhamento**; de Proctor, de base psicológica com narrações biográficas e reestruturação com processos de formação e de promoção da qualidade,
- **interacção e suporte**; de Hawkins e Shoet, que aposta muito na relação supervisiva e nos papeis de ambos os intervenientes para ultrapassar os problemas emocionais e da qualidade das práticas,
- **centradas nos problemas**; de Rogers e Topping-Morris, cuja intervenção é feita através da técnica de resolução de problemas,
- **centradas nas práticas**; de Nicklin em que este define as etapas fundamentais para a supervisão como forma de atingir “as boas práticas” através de gestão, formação e medidas de suporte: definição do objectivo, identificação do problema, contextualização, planeamento, implementação e avaliação (Abreu, 2002).

Bradley e Olsen’s (1980) consideram que a percepção dos estudantes sobre a competência é importante. Eles examinavam todas as variáveis como possíveis correlações da representação da competência (tais como: número de horas total de terapia “conducted”; montante da trajectória do trabalho). As duas são ligadas com: 1) o número de horas da

supervisão formal nas quais os estudantes tinham participado e 2) o número dos supervisores que eles tinham (citado por Bernard & Goodyear, 1998.)

O reconhecimento da importância dos processos supervisivos é evidente nos âmbitos de licenciatura, certificação e acreditação.

De acordo com Abreu (2002), os estudos realizados por vários autores no âmbito da SCE revelaram a multidimensionalidade do processo. A SCE surge relacionada com o investimento na qualidade das práticas; segurança pessoal e da equipe, através de uma atenção aos processos relacionais e de afirmação pessoal; identificação com o conteúdo de trabalho e a satisfação profissional; quadros cognitivos, espírito crítico, análise das práticas e decisões informadas, níveis de ansiedade e disponibilidade psicológica para estabelecer relações de ajuda.

3.2. SUPERVISOR E MENTOR: ACOMPANHAMENTO DAS PRÁTICAS CLÍNICAS

Embora a generalidade dos modelos confira especial atenção às características do supervisor, na prática estas nem sempre são consideradas (Sloan, 1998). Catmur (1995) salienta a nível das características do supervisor, as capacidades de comunicação, competências de ajuda e conhecimentos especializados. Butterworth e Faugier (1992) sugerem que os supervisores clínicos devem disponibilizar-se eles próprios para serem supervisionados, possuir uma preparação específica para desenvolverem o processo, possuir capacidades formativas, desenvolver práticas clínicas e serem escolhidos pelos supervisionados. Salientam-se ainda, a necessidade dos supervisores saberem utilizar resultados das pesquisas para fazerem evoluir o processo de supervisão, conforme Abreu (2002).

Os processos supervisivos estão centradas no desenvolvimento pessoal e profissional do aluno, sempre no âmbito de ajuda contínua, reflexão e feedback (Franco, 2000). Na área da formação de alunos, esta técnica é designada de *mentorship*.

O desenvolvimento destas vertentes no aluno de enfermagem só pode ser concebido se, quem lhes proporciona e promove a ajuda nesse mesmo desenvolvimento,

seja o docente da escola de enfermagem ou enfermeiro tutor, esteja continuamente empenhado em manter e desenvolver as suas competências profissionais, promovendo o seu desenvolvimento, através da formação contínua.

Contudo, existe um obstáculo para o desenvolvimento de instrução universal de supervisores, o facto de muitos profissionais de saúde acreditarem que ser um bom profissional – é um pré requisito primário para começar a ser um bom supervisor.

Os obstáculos para o acompanhamento dos alunos nos ensinos clínicos pelos docentes enquanto *supervisores*, estão ligados com: os horários reduzidos, com o número insuficiente de docentes, com o desconhecer da realidade diária de cada serviço especificamente e de outros factores. Também o número elevado de alunos, faz com que estes estejam dispersos por várias instituições, o que dificulta o acompanhamento sistemático.

Contudo, conforme Carvalho (2004), deve solicitar-se ao professor a capacidade de ultrapassar estas dificuldades, por meio do desenvolvimento de actividades, orientar e controlar a aprendizagem, mediante um processo de constante avaliação, formal ou informal, e de informação ao aluno sobre os seus resultados e progressos, mas também de apoio e colaboração com os profissionais.

Uma parte de enfermeiros dos serviços sente o dever de acompanhar os alunos, tal como está previsto na lei. Outros enfermeiros dos serviços consideram que cabe aos docentes essa função.

Na realidade, tanto os profissionais dos serviços como o corpo docente das escolas de enfermagem, devem unir esforços, complementando-se no processo supervisivo dos futuros profissionais. O ensino clínico serve para consolidar conhecimentos teóricos em situações reais, permite a consciencialização do papel do enfermeiro e a construção da identidade profissional, através das relações interpessoais e multidisciplinares. As experiências adquiridas nos estágios são fundamentais em toda a formação profissional e tendo em atenção esta importância, os alunos não podem deixar de ser orientados continuamente.

Como resposta a esta preocupação, a de dedicar-se na orientação do aluno e responsabilizar-se pela aprendizagem do mesmo, em contexto clínico, surge a figura do *mentor*. Podemos considerar, tal como o UKCC que o supervisor clínico supervisa os pares e o mentor é um profissional que acompanha os alunos na prática clínica. Ambos possuem, portanto as responsabilidades a nível de acompanhamento das práticas.

Andrews e Wallis (1998) descrevem a figura do mentor como um amigo inteligente e de confiança. Esta imagem não corresponde necessariamente a um enfermeiro mais velho e inteligente, mas que tenha a capacidade de proximidade à realidade do aluno; desenvolvimento de processos de relação pessoal e interpessoal; atitude positivo-construtivista da aprendizagem e habilidades no desenvolvimento profissional.

A figura do tutor é defendida também por Abreu (2003), que divulga a necessidade da escola se aproximar do hospital, procurando mecanismos de parceria com o reconhecimento dos recursos humanos lá existentes, capazes de dar apoio efectivo ao desenvolvimento dos alunos através de uma reflexão permanente e com a supervisão e análise das narrativas das práticas. O docente responsável pelo planeamento da definição clínica terá que deslocar-se ao local do estágio, procurando dialogar com os responsáveis e com os profissionais que mais directamente contactam com o aluno. Esta visita serve para constatar as condições físicas e humanas e aquilatar das necessidades e alterações a introduzir. Assim, se enfatiza mais uma vez a importância de colaboração e dialogo entre o docente e tutor, tendo em conta que ambos são responsáveis pela aprendizagem do aluno.

Antes do aluno começar o estágio, deve ter uma reunião de integração com o docente, na qual lhe vão ser explicados os objectivos gerais e específicos do estágio, vão ser apresentados os aspectos relevantes do local e dos profissionais e outras indicações importantes. Depois de ter adquirido um suporte teórico adequado, o aluno inicia a sua experiência em contexto prático, de vivência real com as situações clínicas.

Apesar dos conhecimentos teóricos e preparação prévia para a integração que o aluno adquiriu na sala de aula ou sala de técnicas, tudo é novo para ele na prática. Sem dúvida que precisará de todo o apoio e acompanhamento disponível da parte dos responsáveis de estágio.

3.3. MENTORSHIP: DESENVOLVIMENTO E MODELOS

O conceito de *mentorship* encontra-se ligado à área de formação clínica. Conforme Abreu (2003), a palavra mentor, na *Odisseia* de Homero, era o amigo de Odisseus que apoiava o seu filho na ausência do pai. No contexto de formação clínica o mentor é o profissional experiente, mais velho, que se responsabiliza pela aprendizagem do formando.

O termo *mentor* (em Portugal utiliza-se muito o termo tutor) é tradicionalmente associado a profissões da área de medicina e a profissões ligadas às leis e negócios. Pela primeira vez aparece na literatura de enfermagem na década de 80, pois nessa altura iniciou-se a discussão acerca do conceito e natureza do papel do mentor pela confusão com termos de preceptor, supervisor e assessor.

Conforme Andrews e Wallis (1998), o estudo feito por Wilson-Barnet *et al.*, (1995), refere que na prática, os termos mentor, preceptor e supervisor frequentemente são usados para definir a mesma figura. Mais tarde, conforme as mesmas autoras, os diversos estudos encarregaram-se de proceder a uma distinção entre eles..

Darling (1984) descreve *mentorship* como uma relação de proximidade entre duas pessoas, sendo uma delas, um profissional experiente e a outra, o formando. Vance (1982), acrescenta o adjectivo de relação paternalista, conforme Abreu (2003).

Welsh National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting (1992), define *mentorship* de seguinte forma: “*reserved for long term relationships between people, one of whom usually is significantly older and/or more experienced than the other ...the nature of the relationship is implicit in the term “protégé” suggesting as it does a recognition of potential and a concern for the individual’s well-being, advancement and general progress*”.

O termo *preceptorship* refere-se a um processo diferente, que compreende a responsabilidade de ensino e “clinical performance”, desempenhando o papel importante na área da formação clínica, designadamente no período de integração numa unidade de cuidados (WBN, 1992, citado por Abreu, 2003).

O preceptor tem características de um profissional que ensina, dá apoio emocional, inspira e se constitui como modelo para o formando, durante um período limitado de tempo, com o objectivo de facilitar o processo de socialização e aproximação da pessoa ao seu novo papel. Durante este tempo, o preceptor pode desenvolver no aluno um forte sentido de responsabilidade, necessitando para isso que ele próprio seja formado para desenvolver o seu papel como formador e prestador de cuidados.

O modelo *multitutor* descrito por Nolinske (1995), citado por Abreu (2003), envolve um grupo de tutores de uma determinada unidade de cuidados que desenvolvem a sua actividade de forma concertada. Dois ou mais formandos são apoiados por mais de dois tutores. O modelo permite atender às diversas dimensões do processo de aprendizagem, com recurso às diferentes capacidades dos tutores. A actividade de tutor deve envolver o apoio no desenvolvimento das práticas, a introdução de estratégias de ensino-aprendizagem e o suporte emocional. Exige ainda, uma relação de proximidade entre os tutores, que cruzam informação com vista ao desenvolvimento do aluno.

O modelo integrativo pressupõe a existência de uma interactividade entre o ensino teórico e o ensino clínico. Este modelo tem como vantagem a de permitir uma maior articulação entre a teoria e a prática, entre os docentes e enfermeiros das unidades de cuidados e entre a investigação e a clínica.

O acompanhamento no ensino clínico é fundamental para o processo de ensino – aprendizagem do aluno, servindo de ponte para a integração num sistema ecológico completamente novo, onde ele (aluno) irá desempenhar papéis e actividades novos, debaixo de olhar atento e abrangente do mentor / tutor, que lhe vai proporcionar todas as condições possíveis para melhor adaptação e aquisição de competências profissionais.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

“Investigação é o termo mais simples para descrever o processo de pensamento crítico, que engloba a observação, a análise, a interpretação e a compreensão do que vai acontecendo”.

(Carvalho, 2004:147).

1. OPÇÕES METODOLÓGICAS

O trabalho que temos vindo a desenvolver até aqui procurou essencialmente contributos teóricos para a fase que agora iniciamos. Nesta fase empírica da investigação procuramos encontrar explicações para as dúvidas que foram detectadas ao longo da realização deste trabalho, contribuindo para uma melhor compreensão do nosso objecto de estudo.

O estudo que iremos apresentar pode ser considerado como descritivo, focalizado no seguinte tema: “*A aprendizagem em contexto clínico: um estudo ecológico e comparativo*”.

Este capítulo é de grande importância porque da metodologia seguida depende, em grande parte, o êxito do estudo de investigação. Procuraremos então respostas para o problema da aprendizagem em ensinos clínicos dos alunos dos Cursos de Licenciatura em Enfermagem em Portugal e na Moldávia, tentando comparar as duas realidades, relativamente às percepções dos alunos e ao acompanhamento de prática clínica.

Ao longo do quadro teórico desenvolvemos três pólos essenciais para a compreensão dos fenómenos que agora procuraremos explorar empiricamente.

No primeiro capítulo foi feito o enquadramento da enfermagem, através da caracterização da formação dos enfermeiros, da evolução histórica da profissão e de evolução do ensino de enfermagem.

No segundo capítulo, procuramos entender como as várias perspectivas ecológicas e socioculturais influenciam o desenvolvimento humano. Enquanto que no primeiro capítulo tentamos identificar o perfil do enfermeiro, neste capítulo passamos a estudar como o modelo bio-ecológico de Bronfenbrenner explica o desenvolvimento do enfermeiro enquanto ser humano e profissional. Abordou-se ainda a perspectiva de aprendizagem inerente ao modelo do desenvolvimento sociocultural de Vygotsky.

No terceiro capítulo exploramos os conceitos e a natureza de supervisão, o perfil do supervisor e do mentor, defendido pelos alunos e próprios profissionais que os

supervisionam e o acompanhamento de práticas clínicas, considerando estas como momento-chave da aprendizagem do futuro enfermeiro.

O trabalho empírico procurará dar continuidade ao processo de construção de conhecimento sobre o tema em estudo.

1.1. OBJECTIVOS DO ESTUDO

De acordo com o que temos vindo a afirmar, foram definidos os seguintes *objectivos de estudo*:

- Avaliar, em cada um dos contextos (moldavo e português), a natureza dos processos de acompanhamento das práticas clínicas de futuros enfermeiros;
- Identificar as representações e as vivências dos estudantes em matéria de acompanhamento e supervisão das práticas clínicas;
- Estudar as características e os enquadramentos socioculturais e científicos de ambos os contextos profissionais.

1.2. TIPO DE ESTUDO

Optamos por uma abordagem quantitativa, sendo o tipo de estudo descritivo. A investigação descritiva implica estudar, compreender e explicar a situação actual do objecto de investigação (Carmo & Ferreira, 1998). Portanto exige o conhecimento das realidades envolvidas (moldava e portuguesa) visando compreender a sua influência na aprendizagem do aluno. Conforme Polit e Hungler (1995), este tipo de estudo permite explorar, descrever ou caracterizar um fenómeno de modo a torná-lo conhecido.

Com este estudo não se pretende fazer uma avaliação, comparativa das duas realidades, mas sim interpretar a percepção dos alunos sobre a supervisão a que foram sujeitos durante o seu estágio clínico.

1.3. MÉTODOS E TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS

Para a realização do presente estudo utilizamos o questionário *Clinical Learning Environment and Supervision (CLES) evaluation scale* (Saarikoski & Leino-Kilpi, 2002) – splitted version/mentorship.

Conforme Carmo & Ferreira (1998:140), “a tecnologia do inquérito por questionário é bastante fiável desde que se respeitem escrupulosamente os procedimentos metodológicos quanto à sua concepção, selecção dos inquiridos e administração no terreno”.

Sendo o idioma original do questionário o inglês (vide Anexo 1), recorremos a duas traduções tendo em vista a sua utilização: um para o português (vide Anexo 2) e outro para o russo (vide Anexo 3), ambas adaptadas às realidades da Moldávia e de Portugal.

Para nos assegurarmos de que as perguntas eram bem compreendidas e que o questionário cumpriria os objectivos definidos, tivemos o cuidado de o testar. Esta operação foi realizada nos dois países. As perguntas para as quais os alunos demonstraram dificuldade de compreensão foram por nós corrigidas. Quanto aos conceitos que apresentaram alguma dificuldade de compreensão por parte dos alunos, foram por nós esclarecidos na nota introdutória do questionário. Introduzimos, ainda, breves explicações nas partes 3ª e 4ª do questionário.

Para a aplicação dos questionários em versão russa, optamos por serem enviados por via aérea para a Moldávia. Na Moldávia, recorremos a um interlocutor que foi devidamente informado sobre os objectivos do estudo e que mediou a aplicação dos questionários. Os questionários em versão portuguesa foram entregues pessoalmente aos alunos. De seguida recorremos a uma breve apresentação do questionário.

O questionário é formado por quatro partes:

- A primeira parte é constituída por quatro perguntas com o objectivo de caracterizar a amostra;

- A segunda parte aborda as características das unidades de cuidados onde o aluno já esteve a realizar a sua prática clínica. Contém oito questões com o objectivo de entender melhor a realidade de determinadas unidades hospitalares.
- A terceira parte, intitula-se *relação de supervisão*, contém na sua breve introdução referência ao conceito de supervisão em contexto clínico e deixa explícito por quem é assumido (ou deverá ser) o papel de tutor neste mesmo contexto e inclui três questões.
- A quarta parte, *Conteúdo dos processos de Supervisão*, é constituída por oito questões. Os alunos tinham que posicionar-se numa escala de 1 a 5, de acordo com a sua opinião sobre relação de supervisão.

Como referem Quivy & Campenhoudt (1995:184), *”é importante que a apresentação do documento não seja dissuasiva e que este seja acompanhado por uma carta de introdução clara, consisa e motivante”*. Seguimos a sua orientação, juntando ao início do questionário uma breve introdução.

1.4. TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

O tratamento da informação é sem dúvida uma fase importante em qualquer trabalho de investigação, pois dele depende, também, a forma de responder às questões formuladas. Para esse efeito, o investigador formula hipóteses (ou questões orientadoras, dependendo do tipo de estudo) e procede às observações que elas exigem. Trata, em seguida, de verificar se as informações recolhidas permitem trabalhar as hipóteses, ou responder às questões orientadoras (Quivy & Campenhoudt, 1995).

O número total de questionários recebidos foi de 115, sendo 39 da Moldávia e 76 de Portugal. Todos os alunos abordados encontravam-se na fase final do seu curso. Recolhidos os dados, procedemos inicialmente a uma primeira leitura com o objectivo de preparar a codificação das respostas.

A seguir, os questionários foram todos numerados. Após a codificação das respostas, seguiu-se o lançamento das mesmas numa base de dados previamente elaborada em SPSS 13.0 (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Na fase de conceptualização e de definição da problemática do estudo, fomos confrontados com questões que constituíram o nosso ponto de partida para a investigação e que a seguir se enumeram:

- a. Como aprendem os alunos em contexto clínico?
- b. Que tipo de supervisão é disponibilizado aos alunos, durante o período de estágio?
- c. Que representações possuem os alunos sobre esse acompanhamento?
- d. Que tipo de articulação existe entre as escolas e as organizações de saúde?

Apesar de este estudo ser meramente descritivo e não apontar para a necessidade de confirmar hipóteses, apresentam-se seguidamente algumas ideias estruturantes que apontamos como hipóteses de trabalho neste estudo:

- a) Existe relação entre as variáveis *Supervisão e relação de aprendizagem e Duração do estágio*.
- b) Existe relação de significância entre as variáveis *Supervisão e relação de aprendizagem e Atitudes do supervisor*.
- c) Existe relação de significância entre as variáveis *Supervisão e relação de aprendizagem e Representações sobre a Supervisão*.
- d) Existe relação de significância entre as variáveis *Supervisão e relação de aprendizagem e Feedback do supervisor*.
- e) Existe relação de significância entre as variáveis *Supervisão e relação de aprendizagem e Satisfação com o processo de supervisão*.
- f) Existe relação de significância entre as variáveis *Supervisão e relação de aprendizagem e Supervisão e interação*.

- g) Existe relação de significância entre as variáveis *Supervisão e relação de aprendizagem* e *Apoio e respeito*.
- h) Existe relação de significância entre as variáveis *Supervisão e relação de aprendizagem* e *Supervisão e relação de confiança*.
- i) Existe relação de significância entre as variáveis *Esforço físico associado ao Trabalho* e *Esforço mental e/ou psicológico*.

Como corolário da sistematização da informação suscitada pelas questões de investigação, surgem as seguintes variáveis.

- Características da unidade de cuidados
- Natureza/tipo de instituição
- Demora média dos utentes na unidade de cuidados
- Esforço físico associado ao trabalho
- Esforço mental e/ou psicológico
- Duração do estágio
- Reuniões com os docentes responsáveis
- Satisfação com o último estágio
- Figura do tutor
- Métodos de supervisão
- Sessões de supervisão
- Atitudes do supervisor
- Representações sobre supervisão
- Feedback do supervisor

- Satisfação com o processo de supervisão
- Supervisão e relação de aprendizagem
- Supervisão e interacção
- Apoio e respeito
- Supervisão e relação de confiança

1.5. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Foi solicitada autorização aos órgãos competentes das Escolas envolvidas para a recolha de informação. No caso moldavo, o pedido oficial foi dirigido ao Director do Colégio de Medicina “L. A. Tarasevici” (PMR, Moldávia) através de uma carta. Nesta identifica-se o tema geral do estudo, o enquadramento temático e seus objectivos assim como a proposta de administrar os questionários a uma amostra da população de alunos finalistas do Curso de Enfermagem Geral. De referir que este assunto foi previamente tratado pela via telefónica. Na sequência da resposta favorável da instituição, os questionários foram enviados e entregues a cada um dos alunos.

Foi solicitado aos participantes o preenchimento do questionário, de uma forma anónima, assegurando-se a privacidade e o anonimato. Ao aplicar os questionários, tivemos o cuidado de explicar o seu propósito e a importância da sua colaboração, de forma a permitir maior receptividade por parte destes.

No contexto moldavo, achamos interessante de mencionar o facto de que não só recebemos uma resposta positiva para a realização do nosso estudo, como acima de tudo, notamos uma grande curiosidade e alegria por parte do próprio Director do Colégio e da parte dos alunos (vide Anexo 4), em colaborar num estudo de investigação num contexto internacional.

2. FORMAÇÃO EM CONTEXTO CLÍNICO: ACTORES E CONTEXTOS

Neste capítulo, dedicado à apresentação e análise dos resultados, começa-se por apresentar a caracterização da população e da amostra do estudo, para se passar posteriormente à análise interpretativa dos dados recolhidos.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi constituída pelos alunos finalistas do Curso de Licenciatura em Enfermagem do Colégio de Medicina “L. A. Tarasevich” de Tiraspol (PMR, Moldávia) e igualmente por alunos finalistas do mesmo curso da Escola Superior de Enfermagem de D. Ana Guedes do Porto.

A caracterização dos participantes amostra será feita com base nas seguintes dimensões:

- Idade (Figura 6);
- Sexo (Figura 7);
- Ano de frequência do curso (Figura 8);
- Qualificações profissionais anteriores.

Figura 6 – Distribuição da idade entre os inquiridos, para a Moldávia e Portugal respectivamente

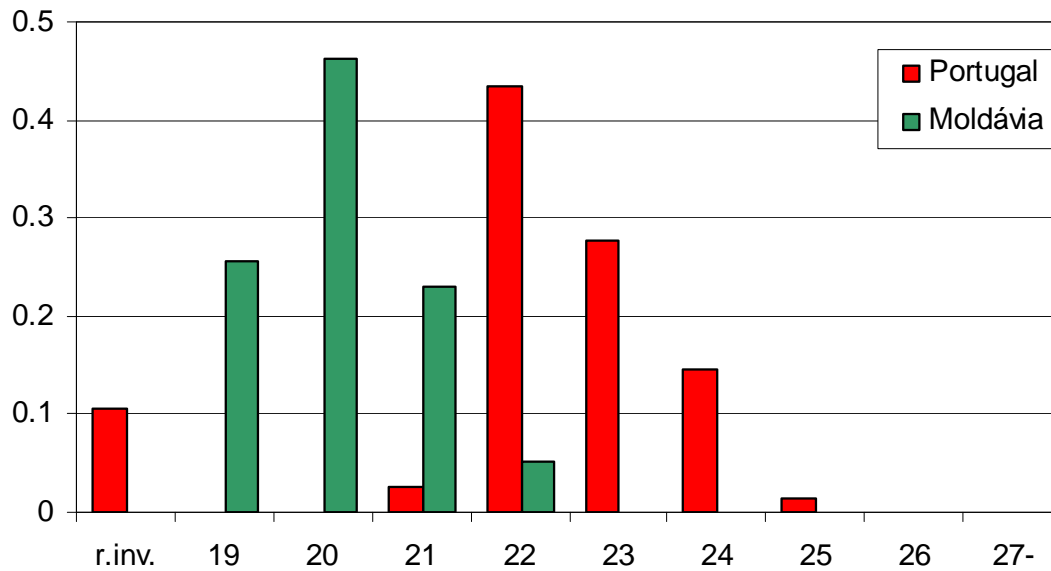


Figura 7 – Distribuição do sexo entre os inquiridos, para a Moldávia e Portugal respectivamente

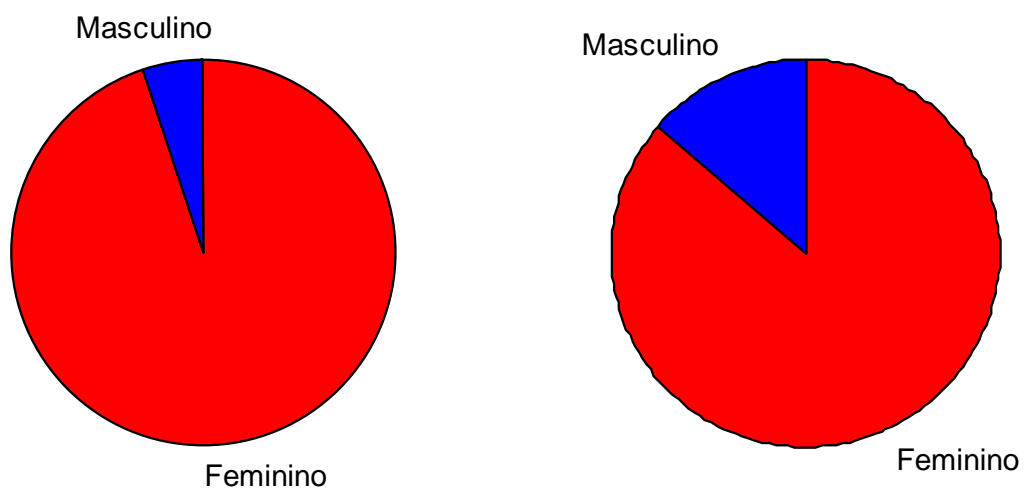
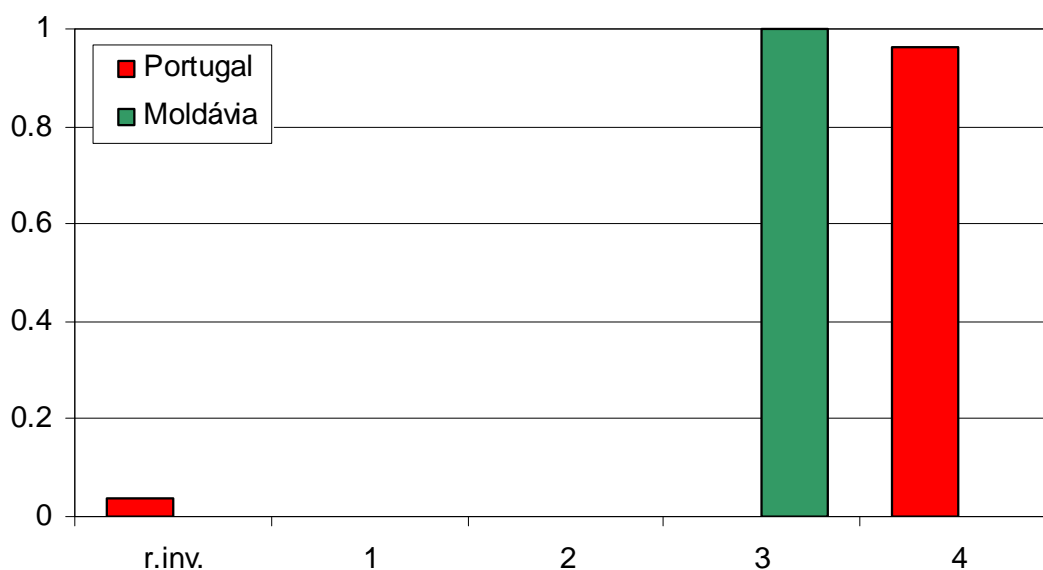


Figura 8 – Distribuição do ano de formação entre os inquiridos, para a Moldávia e Portugal respectivamente



De acordo com as figuras anteriormente apresentadas a amostra distribui-se da seguinte forma:

- 37 alunos do sexo feminino e 2 alunos do sexo masculino (Moldávia);
- 63 alunos do sexo feminino e 10 alunos do sexo masculino (Portugal).

Desde já podemos constatar que, no caso específico do curso de enfermagem, a tradição mantém-se, sendo elevada a percentagem de elementos do sexo feminino: 95% na Moldávia e 83% em Portugal.

À pergunta “*Já completou qualificações profissionais anteriormente?*”, integrada na primeira parte do questionário, não se obteve qualquer resposta. Isto indica que os alunos inquiridos, na Moldávia e em Portugal, não tinham qualificações profissionais antes de serem admitidos ao curso de Enfermagem.

Para a interpretação dos resultados obtidos com os questionários, recorreremos a duas etapas. Numa primeira etapa abordamos a influência referente ao comportamento dos participantes no que se refere a cada uma das variáveis. Numa segunda etapa damos ênfase à triangulação da informação de acordo com Quivy & Campenhoudt (1995), esta

metodologia dará um importante contributo, já que permitirá observar relações entre fenómenos que não são visíveis de abordar de outra forma.

Os dados da Moldávia são simbolizados por MD e os referentes a Portugal pela letra P.

Características das unidades de cuidados

(MD) Consta-se, a partir do Quadro 1, que a grande maioria dos alunos moldavos realizou o estágio em duas ou mais unidades hospitalares; verifica-se que 77,0% dos participantes já passou por serviços de Cirurgia, Pediatria e Medicina Interna. Os resultados também indicam que cerca de 8,0% já passou pelo serviço de cirurgia.

Quadro 1 – Frequências relativas à variável *Característica da unidade de cuidados* (MD)

Unidades de cuidados	Nº	%
Cirurgia	3	7.7
Cirurgia + Pediatria	1	2.6
Pediatria + Medicina Interna	1	2.6
Cirurgia + Pediatria + Medicina Interna	30	76.9
Pediatria + Medicina Interna + Urologia	2	5.1
Pediatria + Medicina Interna + Cuidados Intensivos	2	5.1
Total	39	100.0

(P) Os resultados são diferentes para Portugal (ver Quadro 2) e mostram que o estágio dos alunos é realizado num local determinado, como por exemplo: só cirurgia, só medicina interna, etc. No entanto, destaca-se que uma parte significativa de alunos, 34,2%, realizou a sua prática clínica em unidade de medicina interna, 25,0% em cirurgia, 14,5% em geriatria e 12,0% em urologia. 10,5% das respostas não são válidas, sendo indicadas pelo programa como *missing system*.

Quadro 2 – Frequências relativas à variável *Característica da unidade de cuidados* (P)

Característica da unidade de cuidados	Nº	%
Geriatria	11	14.5
Cirurgia	19	25.0
Ginecologia	3	3.9
Medicina Interna	26	34.2
Urologia	9	11.8
Missing System	8	10.5
Total	76	100.0

Natureza/tipo de instituição

(MD) A maioria das unidades hospitalares onde os alunos moldavos realizaram a sua prática clínica são Hospitais Centrais, registando-se neste caso um valor de 92,3% (Quadro 3). Uma das justificações que podemos adiantar, relativamente a este resultado, deve-se provavelmente à Escola de Enfermagem de Tiraspol ter desenvolvido uma articulação maior com os Hospitais Centrais por estes mostrarem maior disponibilidade em receber alunos para a realização dos estágios.

Quadro 3 – Frequências relativas à variável *Natureza/tipo de instituição* (MD)

Natureza/tipo de instituição	Nº	%
Hospital Central	36	92.3
Hospital Distrital	3	7.7
Total	39	100.0

(P) No contexto português, a maior parte dos alunos, cerca de 63,0% realizaram a sua prática clínica em Hospitais Centrais e 18,0% em Hospitais Distritais (Quadro 4). No caso de Portugal, registou-se 18,4% das respostas não válidas – *missing system*. Podemos

concluir que, apesar de haver uma certa articulação entre a Escola de Enfermagem e os Hospitais Centrais, existem também relações com outros hospitais de menores dimensões.

Quadro 4 – Frequências relativas à variável *Natureza/tipo de instituição* (P)

Natureza/tipo de instituição	Nº	%
Hospital Central	48	63.2
Hospital Distrital	14	18.4
Missing System	14	18.4
Total	76	100.0

Demora média dos utentes na unidade de cuidados

(MD) Os resultados apresentam a inexistência de variabilidade quanto a esta dimensão, pelo que cerca de 90,0% das respostas correspondem à opção “de 1 a 2 semanas” (Quadro 5).

Quadro 5 – Frequências relativas à variável *Demora média dos utentes na unidade de cuidados* (MD)

Demora média dos utentes na unidade de cuidados	Nº	%
< 1 semana	2	5.1
1 a 2 semanas	35	89.7
3 a 4 semanas	2	5.1
Total	39	100.0

(P) Os resultados obtidos (Quadro 6) mostram que 47,4% das respostas correspondem “de 1 a 2 semanas” e 43,4% a “menos de uma semana”.

Quadro 6 – Frequências relativas à variável *Demora média dos utentes na unidade de cuidados* (P)

Demora média dos utentes na unidade de cuidados	Nº	%
< 1 semana	33	43.4
1 a 2 semanas	36	47.4
3 a 4 semanas	7	9.2
Total	76	100.0

No geral, podemos concluir que em ambos os contextos, a demora dos utentes na unidade de cuidados não é muito longa, considerando até duas semanas.

Esforço físico associado ao trabalho

(MD) Os resultados (Quadro 7) apresentam uma baixa variabilidade de esforço físico associado ao trabalho o “esforço médio” – 100,0% de respostas.

Quadro 7 – Frequências relativas à variável *Esforço físico associado ao trabalho* (MD)

Esforço físico associado ao trabalho	Nº	%
Esforço médio	39	100.0

(P) Os alunos portugueses realçam um menor esforço físico associado ao trabalho. Regista-se como o “esforço alto” em 64,5% de respostas (Quadro 8). No entanto, destaca-se “esforço médio” em 31,6% de respostas e ainda, “esforço extremo” em cerca de 4,0% de respostas.

Quadro 8 – Frequências relativas à variável *Esforço físico associado ao trabalho* (P)

Esforço físico associado ao trabalho	Nº	%
Esforço médio	24	31.6
Esforço alto	49	64.5
Esforço extremo	3	3.9
Total	76	100.0

Esforço mental e/ou psicológico associado ao trabalho

(MD) Uma grande maioria dos alunos (cerca de 85,0%) declara que existe esforço mental e psicológico “médio” na sua prática clínica no dia-a-dia. No entanto, existe uma pequena percentagem que considera o esforço mental como “esforço baixo” (10,3%) e apenas 5,1% fala no “esforço alto”.

Quadro 9 – Frequências relativas à variável *Esforço mental e/ou psicológico associado ao trabalho* (MD)

Esforço mental e/ou psicológico associado ao trabalho	Nº	%
Esforço baixo	4	10.3
Esforço médio	33	84.6
Esforço alto	2	5.1
Total	39	100.0

(P) O contexto português mostra, mais uma vez dados diferentes, neste caso relativamente ao esforço mental e/ou psicológico no trabalho. Assim 64,5% posiciona-se no “esforço alto”, 19,7% para o “esforço médio” e 15,8% para “esforço extremo”.

Quadro 10 – Frequências relativas à variável *Esforço mental e/ou psicológico* associado ao trabalho (P)

Esforço mental e/ou psicológico associado ao trabalho	Nº	%
Esforço médio	15	19.7
Esforço alto	49	64.5
Esforço extremo	12	15.8
Total	76	100.0

Duração do estágio

(MD) Todos os alunos da amostra da Moldávia realizaram o estágio com uma duração de 8 semanas.

Quadro 11 – Frequências relativas à variável *Duração do estágio* (MD)

Duração do estágio	Nº	%
8 semanas	39	100.0

(P) Os dados para Portugal mostram que 77,6% dos alunos, tiveram o estágio com uma duração de 5 semanas e 22,4% com uma duração de 4 semanas.

Quadro 12 – Frequências relativas à variável *Duração do estágio* (P)

Duração do estágio	Nº	%
4 semanas	17	22.4
5 semanas	59	77.6
Total	76	100.0

Os resultados relativamente a esta dimensão assim, indicam, uma duração diferente para os estágios em Portugal. A duração na Moldávia é única e de oito semanas.

Reuniões com os Docentes responsáveis

(MD) A grande maioria da amostra (41%) reuniu-se com o docente, responsável pela prática clínica 48 vezes. É de mencionar, também, que 15,4% teve 50 reuniões e 12,8% teve 46 reuniões. Aglomerando os dados, verifica-se que 93,2% possui uma reunião diária.

Quadro 13 – Frequências relativas à variável *Reuniões com os Docentes responsáveis* (MD)

Reuniões com os Docentes responsáveis	Nº	%
Reunião semanal – [1-10[3	7.8
Reunião diária [10-∞[36	92.2
Total	39	100.0

(P) Os resultados em contexto português apontam para o facto de que a maioria dos alunos (75%) se reuniu com o docente responsável pela prática clínica apenas uma vez e 22,4% reuniu-se duas vezes. Os resultados mostram 2,6% de respostas não válidas, dada por *missing system*.

Quadro 14 – Frequências relativas à variável *Reuniões com os Docentes responsáveis* (P)

Reuniões com os Docentes responsáveis	Nº	%
Uma vez	57	75.0
Duas vezes	17	22.4
Missing System	2	2.6
Total	76	100.0

É de realçar que os estudantes portugueses se encontram numa fase adiantada da sua formação, durante a qual as escolas recorrem ao sistema de *MentorShip*. De facto, as

próprias escolas desenvolvem programas específicos de formação para os tutores que acompanham diariamente os alunos. Neste sentido, há de facto um menor contacto entre o docente e o aluno. É digno de nota que o maior contacto entre docentes da prática clínica e aluno na república da Moldávia

Satisfação com o último estágio

(MD) Para quase a totalidade dos alunos moldavos (92,3%) a resposta foi “muito satisfeito” com a sua colocação clínica do estágio. Apenas 5,1% declara como “relativamente satisfeito”. É de mencionar, que se registou uma resposta inválida (2,6%), dada pelo programa como *missing system* e que foi rejeitada.

Quadro 15 – Frequências relativas à variável *Satisfação com o último estágio* (MD)

Satisfação com o último estágio	Nº	%
Relativamente satisfeito	2	5.1
Muito satisfeito	36	92.3
Missing System	1	2.6
Total	39	100.0

(P) A grande maioria da amostra (55,3%) declara como “relativamente satisfeita” com a sua colocação clínica do estágio e cerca de 29% declara como “muito satisfeito”. Os resultados mostram que uma pequena percentagem de 9,2% como “relativamente insatisfeita” e 4% como “muito insatisfeito”. Provavelmente, estes dois últimos resultados demonstram a insatisfação do aluno devido ao facto de não poder escolher a área ou local de maior vocação para a realização do seu estágio clínico.

Quadro 16 – Frequências relativas à variável *Satisfação com o último estágio* (P)

Satisfação com o último estágio	Nº	%
Muito insatisfeito	3	3.9
Relativamente insatisfeito	7	9.2
Relativamente satisfeito	42	55.3
Muito satisfeito	22	28.9
Missing System	2	2.6
Total	76	100.0

Figura do tutor

(MD) O papel do supervisor foi assumido pelo enfermeiro-chefe, conforme nos mostram os resultados dos questionários, ou seja, independentemente do lugar da realização da prática clínica, todos os alunos foram supervisionados pelo profissional com categoria de enfermeiro-chefe.

Quadro 17 – Frequências relativas à variável *Figura do tutor* (MD)

Figura do tutor	Nº	%
Enfermeiro-chefe	39	100.0

(P) No entanto, no contexto português todos os alunos foram supervisionados durante a prática clínica pelo enfermeiro de serviço, um enfermeiro que está sempre ligado à prática de cuidados.

Quadro 18 – Frequências relativas à variável *Figura do tutor* (P)

Figura do tutor	Nº	%
Enfermeiro	76	100.0

Métodos de supervisão

(MD) Relativamente ao método de supervisão utilizado na prática clínica, verifica-se que 48,7% das respostas enquadra-se na opção – *O mesmo supervisor teve vários alunos em estágio*, e ainda 41% declara, que – *O tutor pessoal foi nomeado e a nossa relação funcionou durante a colocação*. Cerca de 8% assinala a opção – *Outro método de supervisão*, sendo cerca de 3% que destacam a opção – *A disponibilidade do Supervisor variou de acordo com o turno ou local de prática clínica*.

Quadro 19 – Frequências relativas à variável *Métodos de supervisão* (MD)

Métodos de supervisão	Nº	%
A disponibilidade do tutor variou de acordo com o turno ou as situações	1	2.6
O tutor teve vários alunos em estágio	19	48.7
Foi designado um tutor e a sua relação foi positiva	16	41.0
Outros	3	7.7
Total	39	100.0

(P) A maioria parte dos alunos (85,5%) está de acordo com opção - *O tutor pessoal foi nomeado e a nossa relação funcionou durante a colocação*. A seguir tem-se 6,6% da opinião – *Um supervisor/tutor foi nomeado, mas a relação com este tutor não funcionou durante o estágio*. Cerca de 4% assinalaram a resposta – *A disponibilidade do Supervisor variou de acordo com o turno ou local de prática clínica*.

Quadro 20 – Frequências relativas à variável *Métodos de supervisão* (P)

Métodos de supervisão	Nº	%
Foi nomeado um tutor mas a relação com este não funcionou	5	6.6
Foi-me atribuído um segundo tutor, embora tal não estivesse previsto inicialmente	1	1.3
A disponibilidade do tutor variou de acordo com o turno ou as situações	3	3.9
Foi designado um tutor e a sua relação foi positiva	65	85.5
Missing System	2	2.6
Total	76	100.0

Sessões de supervisão

(MD) Os resultados mostram uma única resposta *-frequentemente* 100% de respostas).

Quadro 21 – Frequências relativas à variável *Sessões de supervisão* (MD)

Sessões de supervisão	Nº	%
Frequentemente	39	100.0

(P) A maioria dos alunos (80,3%) escolhe a opção “de forma alguma”. Cerca de 16% afirmam “algumas vezes” e cerca de 4% “mais de uma vez por semana”.

Quadro 22 – Frequências relativas à variável *Sessões de supervisão* (P)

Sessões de supervisão	Nº	%
De forma alguma	61	80.3
Algumas vezes	12	15.8
Mais de 1 vez por semana	3	3.9
Total	76	100.0

Atitudes do supervisor

Esta é parte do questionário – *Conteúdo dos processos de Supervisão*, que exige reflexão por parte dos alunos para poder responder às últimas oito questões. Para o efeito, os alunos podem posicionar-se numa escala de 1 a 5, onde 1 corresponde a “*não concordo de modo algum*” e 5 a “*concordo plenamente*”, de acordo com a sua opinião da relação de supervisão e acompanhamento recebidos ao longo do estágio.

(MD) Os alunos da Moldávia na sua maioria (95%) “*concordam plenamente*” com a opção dada pelo questionário em que, o supervisor durante a prática clínica demonstrou uma atitude positiva em relação à supervisão. Apenas 5,1% declara “*concordo na sua maioria*”.

Quadro 23 – Frequências relativas à variável *Atitudes do supervisor* (MD)

Atitudes do supervisor	Nº	%
Concordo na sua maioria	2	5.1
Concordo plenamente	37	94.9
Total	39	100.0

(P) No contexto português regista-se uma distribuição diferente de respostas. 51,3% afirmam “*concordo na sua maioria*” e apenas cerca de 38% “*concordam plenamente*”. É de salientar que 10,5% destacam a opinião “*há muitos pontos que não concordo*”.

Quadro 24 – Frequências relativas à variável *Atitudes do supervisor* (P)

Atitudes do supervisor	Nº	%
Há muitos pontos que não concordo	8	10.5
Concordo na sua maioria	39	51.3
Concordo plenamente	29	38.2
Total	76	100.0

Representações sobre a Supervisão

(MD) Quanto à percepção dos alunos sobre a supervisão, verifica-se que 100% de respostas vão no sentido de “*concordo plenamente*”. É um resultado muito interessante.

Quadro 25 – Frequências relativas à variável *Representações sobre a Supervisão* (MD)

Representações sobre a Supervisão	Nº	%
Concordo plenamente	39	100.0

(P) A percepção dos alunos portugueses esta mais ou menos dividida, destacando-se cerca de 45% têm como opinião “*concordo na sua maioria*” e 42,1% “*concordo plenamente*”.

Quadro 26 – Frequências relativas à variável *Representações sobre a Supervisão* (P)

Representações sobre a Supervisão	Nº	%
Não concordo de modo algum	2	2.6
Há muitos pontos que não concordo	4	5.3
É-me indiferente	4	5.3
Concordo na sua maioria	34	44.7
Concordo plenamente	32	42.1
Total	76	100.0

Feedback do supervisor

(MD) Todos os alunos (97,4%) “*concordam plenamente*” com a afirmação de que receberam constantemente feedback do supervisor da prática clínica. Este resultado confirma o resultado da questão 17, como era de esperar.

Quadro 27 – Frequências relativas à variável *Feedback do supervisor* (MD)

Feedback do supervisor	Nº	%
Concordo plenamente	38	97.4
Missing System	1	2.6
Total	39	100.0

(P) A maior percentagem (cerca de 49%) nesta questão pertence a opinião “*concordo na sua maioria*”, sendo 30,3% de opinião “*concordo plenamente*”. No entanto, 11,8% das respostas mostram que “*há muitos pontos que não concordo*” e, curiosamente, 6,6% declaram mesmo “*é – me indiferente*” em relação a feedback do supervisor. Regista-se ainda uma resposta (2,6%) “*não concordo de modo algum*”.

Quadro 28 – Frequências relativas à variável *Feedback do supervisor* (P)

Feedback do supervisor	Nº	%
Não concordo de modo algum	2	2.6
Há muitos pontos que não concordo	9	11.8
É-me indiferente	5	6.6
Concordo na sua maioria	37	48.7
Concordo plenamente	23	30.3
Total	76	100.0

Podemos concluir, que da parte dos alunos portugueses houve uma reflexão mais profunda sobre as opções dadas pelo questionário, pelo que as respostas abrangem todas as opções, o que merece alguma reflexão por parte do supervisor.

Satisfação com o processo de supervisão

(MD) Todos os alunos afirmam que estão satisfeitos com a supervisão recebida ao longo da sua prática clínica, sendo 97,4% que assinala a opção “*concordo plenamente*” e 2,6% “*concordo na sua maioria*”.

Quadro 29 – Frequências relativas à variável *Satisfação com o processo de supervisão* (MD)

Satisfação com o processo de supervisão	Nº	%
Concordo na sua maioria	1	2.6
Concordo plenamente	38	97.4
Total	39	100.0

(P) A maioria dos alunos (51,3%) situa-se na opção 4, “*concordo na sua maioria*”, e 27,6% “*concordo plenamente*”. Regista-se ainda que 14,5% dos alunos escolhe a opção “*há muitos pontos que não concordo*”.

Quadro 30 – Frequências relativas à variável *Satisfação com o processo de supervisão* (P)

Satisfação com o processo de supervisão	Nº	%
Não concordo de modo algum	1	1.3
Há muitos pontos que não concordo	11	14.5
É-me indiferente	4	5.3
Concordo na sua maioria	39	51.3
Concordo plenamente	21	27.6
Total	76	100.0

Supervisão e relação de aprendizagem

A questão 20 é a questão fulcral do presente estudo, tendo em conta que o objectivo do trabalho é a interpretação das representações dos alunos relativamente ao acompanhamento na prática clínica, que por sua vez tem uma influência relevante no processo de aprendizagem dos alunos.

(MD) Conforme os dados obtidos da Moldávia, 97,4% dos alunos escolheram a opção “*concordo plenamente*”. Desta forma, os alunos afirmam inequivocamente que a supervisão se baseou numa relação de igualdade e promoveu a aprendizagem.

Quadro 31 – Frequências relativas à variável *Supervisão e relação de aprendizagem* (MD)

Supervisão e relação de aprendizagem	Nº	%
Concordo na sua maioria	1	2.6
Concordo plenamente	38	97.4
Total	39	100.0

(P) Os dados obtidos de Portugal também mostram a concordância de que o processo de supervisão foi baseado numa relação de igualdade, promovendo a aprendizagem, sendo 40,8% para a opção “*concordo na sua maioria*” e 40,8% para a opção “*concordo plenamente*”. Regista-se ainda, que 17,1% é para a opção “*é-me indiferente*”.

Quadro 32 – Frequências relativas à variável *Supervisão e relação de aprendizagem* (P)

Supervisão e relação de aprendizagem	Nº	%
Não concordo de modo algum	1	1.3
É-me indiferente	13	17.1
Concordo na sua maioria	31	40.8
Concordo plenamente	31	40.8
Total	76	100.0

Supervisão e interacção

(MD) Confrontamo-nos mais uma vez com a baixa variabilidade, obtendo como resposta “*concordo plenamente*” (100%). Todos os alunos têm a mesma opinião.

Quadro 33 – Frequências relativas à variável *Supervisão e interacção* (MD)

Supervisão e interacção	Nº	%
Concordo plenamente	39	100.0

(P) Em Portugal a maioria dos alunos (cerca de 70%) afirmam a existência de interacção mútua na relação da supervisão, situando-se na opção “*concordo na sua maioria*”, e 18,4% na opção “*concordo plenamente*”. Regista-se um resultado de cerca de 8% para a opção “*há muitos pontos que não concordo*”.

Quadro 34 – Frequências relativas à variável *Supervisão e interacção* (P)

Supervisão e interacção	Nº	%
Há muitos pontos que não concordo	6	7.9
É-me indiferente	3	3.9
Concordo na sua maioria	53	69.7
Concordo plenamente	14	18.4
Total	76	100.0

Apoio e respeito

(MD) Observa-se, que 84,6% marcou a opção “*concordo plenamente*”, e 15,4% a opção “*concordo na sua maioria*”. Podemos concluir de acordo com a opinião dos alunos que prevaleceu a aprovação e o respeito mútuo na relação com o tutor, durante o estágio.

Quadro 35 – Frequências relativas à variável *Apoio e respeito* (MD)

Apoio e respeito	Nº	%
Concordo na sua maioria	6	15.4
Concordo plenamente	33	84.6
Total	39	100.0

(P) Em contexto paralelo verifica-se que a maioria dos alunos está de acordo com a afirmação acima referida. Tendo 51,3% assinalado a opção “*concordo plenamente*” e 34,2% a opção “*concordo na sua maioria*”. Regista-se ainda uma pequena percentagem (cerca de 8%) na opção “*é – me indiferente*”.

Quadro 36 – Frequências relativas à variável *Apoio e respeito* (P)

Apoio e respeito	Nº	%
Há muitos pontos que não concordo	5	6.6
É-me indiferente	6	7.9
Concordo na sua maioria	26	34.2
Concordo plenamente	39	51.3
Total	76	100.0

Supervisão e relação de confiança

(MD) Os resultados mostram que cerca de 90% das respostas foram atribuídas na opção “*concordo plenamente*” e 10,3% na opção “*concordo na sua maioria*”. Basicamente, os alunos concordam que durante o estágio a relação de supervisão se baseou na confiança mútua, o que é digno de ser realçado.

Quadro 37 – Frequências relativas à variável *Supervisão e relação de confiança* (MD)

Supervisão e relação de confiança	Nº	%
Concordo na sua maioria	4	10.3
Concordo plenamente	35	89.7
Total	39	100.0

(P) Dentro da população portuguesa, verifica-se que 42,1% dos alunos marcou a opção “*concordo na sua maioria*” e 41% a opção “*concordo plenamente*”. A soma destes dois dados (83,1%) indica a percepção positiva da confiança mútua na relação da supervisão. Tem-se também que cerca de 12% dos alunos marca a opção “*é-me indiferente*” e cerca de 4% a opção “*há muitos pontos que não concordo*”.

Quadro 38 – Frequências relativas à variável *Supervisão e relação de confiança* (P)

Supervisão e relação de confiança	Nº	%
Não concordo de modo algum	1	1.3
Há muitos pontos que não concordo	3	3.9
É-me indiferente	9	11.8
Concordo na sua maioria	32	42.1
Concordo plenamente	31	40.8
Total	76	100.0

Gostaríamos de tentar interpretar a existência da baixa variabilidade encontrada nas questões 8, 15, 17, 18 e 21 no contexto moldavo. Pensamos, que estes resultados podem ser condicionados por vários factores, nomeadamente:

- Meio envolvente
- Condicionaisismos por superiores
- Outros

De facto, já se falou da importância do meio e como este define o indivíduo, por exemplo, por Bronfenbrenner. O facto da URSS se ter dissolvido há relativamente pouco tempo (uma década e meia), este período não parece ser suficiente para renovar uma filosofia de ensino, que agora se pretende baseado no respeito pela diversidade.

É necessário ter em conta que a URSS era uma realidade política, geográfica e estratégica muito complexa. Pressupunha a existência de fortes laços entre as diversas Republicas, unificadas sobre a bandeira da união. A existência de um poder central forte teve como reflexo, após a queda da união, a emergência de nações com entidades nacionais ainda pouco sedimentadas e/ou sistemas de governo incipientes, dado o longo período de ligação ao país dos soviets. É de realçar, como a historia tem demonstrado, que a ex-URSS promoveu a existência de sistemas de formação extensivos a toda a população e

de qualidade. Alguns dos antigos países dependentes da ex-URSS tentam preservar o que de bom existia no sistema educativo anterior.

Na Moldávia, o facto dos alunos saberem que os questionários iriam passar pela mão da figura do Director, pode ter, de algum modo, influenciado (mesmo que de forma inconsciente) o preenchimento dos questionários.

O estudo da triangulação de variáveis será feito de acordo com o seu interesse relativo e global para o contexto deste trabalho.

Procedemos, assim, à apresentação da triangulação de variáveis, que nos ajudarão a compreender e interpretar as seguintes dimensões do nosso estudo:

- As percepções dos alunos sobre a supervisão, enquanto acompanhamento das práticas clínicas e contributo da mesma no processo de aprendizagem;
- A relação em contexto de supervisão em ensino clínico;
- Estratégias de supervisão utilizada em ensino clínico de enfermagem.

Ao proceder ao estudo da articulação de algumas das variáveis, chamamos a atenção que a ordem da interpretação dos dados vai ser alterada, sendo o primeiro comentário relacionado com o contexto português (P) e o segundo relacionado com o contexto moldavo (MD). Esta metodologia deve-se ao facto de não termos encontrado o factor de variabilidade nos resultados da Moldávia, pelo que não podemos tirar grandes conclusões.

2.2. TRIANGULAÇÃO DA INFORMAÇÃO: O CONTEXTO PORTUGUÊS

Pela leitura do Quadro 39 podemos concluir que, independentemente da avaliação que os alunos deram à questão *Supervisão e relação de aprendizagem*, o pico das respostas situa-se na variável *Duração do estágio*, indicando o número 5, como o número de semanas de estágio.

Quadro 39 – Distribuição das respostas dos participantes para *Supervisão e relação de aprendizagem e Duração do estágio*

		Duração do estágio (semanas)		Total
		4	5	
Supervisão e relação de aprendizagem	1	1	0	1
	3	6	7	13
	4	5	26	31
	5	5	26	31
Total		17	59	76

Pela leitura do Quadro 40, verifica-se que os alunos possuem representações positivas quanto à supervisão. Entendem a importância da supervisão na prática clínica, dando valor à própria relação com o supervisor, compreendendo a figura do mesmo como pessoa amiga e conselheira. Portanto, os alunos imitam o exemplo do supervisor, nomeadamente a atitude positiva em relação à supervisão, concordando com o contributo valioso que esta relação lhes oferece no processo de aprendizagem.

Quadro 40 – Distribuição das respostas dos participantes para *Supervisão e relação de aprendizagem e Atitudes do supervisor*

		Atitudes do Supervisor			Total
		2	4	5	
Supervisão e relação de aprendizagem	1	1	0	0	1
	3	7	6	0	13
	4	0	18	13	31
	5	0	15	16	31
Total		8	39	29	76

O Quadro 41 remete para uma relação entre as variáveis em estudo. Como podemos observar, os alunos valorizam a supervisão individualizada, entendendo este método de supervisão como o factor preponderante e facilitador no processo de aprendizagem. Os dados obtidos sugerem que os alunos sentiram mesmo que receberam a supervisão individualizada. Podemos constatar a existência de alunos atípicos, que apresentam quatro respostas desfavoráveis do tipo, “há muitos pontos que não concordo” e quatro do tipo, “é-me indiferente”.

Quadro 41 – Distribuição das respostas dos participantes para *Supervisão e relação de aprendizagem e Representações sobre a Supervisão*

		Representações sobre a r«supervisão					Total
		1	2	3	4	5	
Supervisão e relação de aprendizagem	1	1	0	0	0	0	1
	3	0	4	4	5	0	13
	4	1	0	0	18	12	31
	5	0	0	0	11	20	31
Total		2	4	4	34	32	76

A leitura do Quadro 42 mostra a relação entre as variáveis em estudo. Observa-se, que o pico das respostas situa-se nos valores 4 e 5, representando assim, uma percepção positiva dos alunos face ao feedback recebido da parte do supervisor de forma contínua. Os alunos fazem uma forte conexão entre o feedback, que recebem do supervisor e o próprio processo de supervisão, baseado sempre numa relação de igualdade, como contributos no processo de aprendizagem. E isto comprova que a supervisão clínica esta centrada no desenvolvimento pessoal e profissional do aluno, sempre no âmbito de ajuda continua, reflexão e feedback (Franco, 2000).

Quadro 42 – Distribuição das respostas dos participantes para *Supervisão e relação de aprendizagem e Feedback do supervisor*

		Feedback do supervisor					Total
		1	2	3	4	5	
Supervisão e relação de aprendizagem	1	1	0	0	0	0	1
	3	0	9	4	0	0	13
	4	1	0	1	24	5	31
	5	0	0	0	13	18	31
Total		2	9	5	37	23	76

A leitura do Quadro 43 apresenta a relação entre as variáveis em estudo, mostrando claramente uma boa linearidade. Ao analisarmos o quadro verificamos que a maioria dos alunos esta satisfeita com a supervisão recebida. Podemos inferir, que a maioria beneficiou da relação da supervisão.

Quadro 43 – Distribuição das respostas dos participantes para *Supervisão e relação de aprendizagem e Satisfação com o processo de supervisão*

		Satisfação com o processo de supervisão					Total
		1	2	3	4	5	
Supervisão e relação de aprendizagem	1	1	0	0	0	0	1
	3	0	8	1	4	0	13
	4	0	3	1	20	7	31
	5	0	0	2	15	14	31
Total		1	11	4	39	21	76

A leitura do Quadro 44 remete para uma relação entre as variáveis em estudo. Podemos observar, que a maioria das respostas se concentra na opção 4 (concordo na sua maioria). Podemos concluir que a maioria dos alunos ao longo do estágio esforçaram-se em interagir com o supervisor. Ao interagir mutuamente com este numa relação de igualdade, conseguem levar a cabo o objectivo da supervisão, ou seja a de melhorar o ensino-aprendizagem através do desenvolvimento pessoal do aluno e não apenas o desenvolvimento do conhecimento.

Quadro 44 – Distribuição das respostas dos participantes para *Supervisão e relação de aprendizagem e Supervisão e interacção*

		Supervisão e interacção				Total
		2	3	4	5	
Supervisão e relação de aprendizagem	1	1	0	0	0	1
	3	5	3	5	0	13
	4	0	0	30	1	31
	5	0	0	18	13	31
Total		6	3	53	14	76

Os resultados deste cruzamento (Quadro 45) indicam que existe uma relação entre variáveis. Podemos concluir, que para a maioria dos alunos se respeita tudo o que são requisitos de uma relação supervisiva, entre o qual se destaca o respeito mútuo na relação com o tutor. Os alunos concordam “plenamente” que para bom funcionamento da relação da supervisão, ambas as partes, devem fazer esforço para se respeitar mutuamente, defendendo uma relação de amizade e igualdade onde prevalece a aprovação como estratégia de ensino – aprendizagem.

Quadro 45 – Distribuição das respostas dos participantes para *Supervisão e relação de aprendizagem* e *Apoio e respeito*

		Apoio e respeito				Total
		2	3	4	5	
Supervisão e relação de aprendizagem	1	1	0	0	0	1
	3	4	3	6	0	13
	4	0	3	16	12	31
	5	0	0	4	27	31
Total		5	6	26	39	76

A leitura do Quadro 46 evidencia a relação entre estas duas variáveis. A maioria das respostas situa-se no valor 5 (concordo plenamente). Identificam-se respostas atípicas de 3 dos participantes, que ao avaliar a questão 20 atribuem valor 4 (concordo na sua maioria), mas ao avaliar a questão 23, optam pela uma resposta desfavorável 2 (há muitos pontos que não concordo). É de referir ainda, que existe um aluno que está a considerar de modo negativo as duas questões, dando valor 1 (não concordo de modo algum).

Quadro 46 – Distribuição das respostas dos participantes para *Supervisão e relação de aprendizagem* e *Supervisão e relação de confiança*

		Supervisão e relação de confiança					Total
		1	2	3	4	5	
Supervisão e relação de aprendizagem	1	1	0	0	0	0	1
	3	0	0	7	6	0	13
	4	0	3	0	20	8	31
	5	0	0	2	6	23	31
Total		1	3	9	32	31	76

Pela leitura do Quadro 47 remete para uma relação entre as variáveis em estudo. Verificamos que os alunos entendem o esforço físico e psicológico no trabalho como esforço alto, apesar de haver algumas opiniões sobre esforço psicológico extremo e poucas sobre esforço físico e psicológico médio. A maior parte dos alunos manifesta-se de forma negativa em relação a nível de esforço físico e mental e/ou psicológico da prática clínica.

Quadro 47 – Distribuição das respostas dos participantes para *Esforço físico associado ao trabalho* e *Esforço mental e/ou psicológico*

		Esforço mental e/ou psicológico			Total
		Esforço médio	Esforço alto	Esforço extremo	
Esforço físico associado ao trabalho	Esforço médio	9	15	0	24
	Esforço alto	5	32	12	49
	Esforço extremo	1	2	0	3
Total		15	49	12	76

2.3. TRIANGULAÇÃO DA INFORMAÇÃO: O CONTEXTO MOLDAVO

Ao triangular os mesmos pares de variáveis, mas para o universo moldavo, verifica-se uma baixa variabilidade para se poder tirar qualquer tipo de conclusões, como se pode observar no Quadro 48 e Quadro 49.

Quadro 48 – Distribuição das respostas dos participantes para *diversas variáveis e Supervisão e relação de aprendizagem*

		Supervisão e relação de aprendizagem		Total
		4	5	
Duração do estágio	8	1	38	39
	Total	1	38	39
Atitudes do supervisor	4	0	2	2
	5	1	36	37
	Total	1	38	39
Representações sobre a Supervisão	5	1	38	39
	Total	1	38	39
Feedback do supervisor	5	1	37	38
	Total	1	37	38
Satisfação com o processo de supervisão	4	0	1	1
	5	1	37	38
	Total	1	38	39
Supervisão e interacção	5	1	38	39
	Total	1	38	39
Apoio e respeito	4	0	6	6
	5	1	32	33
	Total	1	38	39
Supervisão e relação de confiança	4	0	4	4
	5	1	34	35
	Total	1	38	39

Quadro 49 – Distribuição das respostas dos participantes para *Esforço físico associado ao trabalho e Esforço mental e/ou psicológico*

		Esforço mental e/ou psicológico			Total
		Esforço baixo	Esforço médio	Esforço alto	
Esforço físico associado ao trabalho	Esforço médio	4	33	2	39
Total		4	33	2	39

2.4. COMPARAÇÃO DOS CONTEXTOS: PORTUGUÊS E MOLDAVO

Ao compararmos os dois grupos (ou amostras) de estudo, há um par de variáveis que permite verificar as diferenças existentes em ambos (Quadro 47 e Quadro 49). Ao triangular-se a variável *Esforço físico associado ao trabalho* com a variável *Esforço mental/psicológico*, nota-se que enquanto para a Moldávia, o centro é “Esforço Médio” para ambas as variáveis, para Portugal o centro é movido para “Esforço Alto” em ambas variáveis.

Esta constatação pode estar relacionada com uma ou mais razões que iremos enumerar:

- Tolerância
 - i. Uma maior tolerância para o mesmo tipo de trabalho por parte dos estudantes moldavos.
 - ii. Uma menor tolerância para o mesmo tipo de trabalho por parte dos estudantes portugueses.
- Exigência
 - i. Uma menor exigência aos alunos moldavos.
 - ii. Uma maior exigência aos alunos portugueses.
- Prática clínica
 - i. O facto de os estudantes moldavos terem relatado uma maior diversidade de unidades de cuidados onde realizaram a sua prática clínica (questão 5), pode tê-los preparado para terem uma melhor disposição para enfrentar de “cabeça fria” os eventuais problemas quotidianos. De facto, pode-se desde já considerar que uma prática clínica mais ampla pode ajudar o formando a adquirir uma melhor preparação para os vários e imprevisíveis desafios.

- Contexto social
 - i. Os estudantes moldavos estão inseridos num contexto social que busca a sua identidade e que luta por uma sociedade crítica e livre.
 - ii. Os estudantes portugueses estão inseridos num contexto social onde o reivindicar de regalias aliado à projecção demasiada elevada de objectivos pessoais e profissionais, os tornam mais exigentes na procura de metas propostas (por vezes de difícil acesso), processo que por vezes gera ansiedades.

Para os restantes quadros sobre os estudantes moldavos, a falta de variabilidade advém dos factores já anteriormente mencionados quando se fez a discussão das questões, uma a uma.

3. REPRESENTAÇÕES, RELAÇÕES E PRÁTICAS SUPERVISIVAS

“In the nursing practice, good learning environment can be defined as a unit where teamwork is evident, communication is effective and the ward manager is aware of the physical and emotional needs of nursing staff and students” (Orton, 1983, citado por Saarikoski, 2003).

Tendo em conta que o aluno se depara com um conjunto de problemas em toda a sua dimensão e está a viver a fase crucial para o seu desenvolvimento sócio-moral, surge como factor importante de percepção o acompanhamento pelo docente ou pelo tutor. O acompanhamento contínuo e sistemático *“minimiza a possibilidade de se sedimentarem erros e falsos sentimentos de segurança, que podem ter consequências graves se ocorrerem em estádios iniciais de formação”*, segundo Abreu (2003:38).

O acompanhamento em ensino clínico é um elemento crucial para que o processo de ensino-aprendizagem do aluno decorra de forma positiva e para que os objectivos sejam alcançados. A questão básica é saber o que é que os alunos pensam sobre o acompanhamento dos ensinos clínicos, quais são as representações sobre a relação de supervisão. (Carvalho, 2004).

3.1. REPRESENTAÇÕES DOS ALUNOS SOBRE ACOMPANHAMENTO DAS PRÁTICAS CLÍNICAS

Apesar dos conhecimentos teóricos e preparação prévia para a integração que o aluno adquiriu na sala de aula ou sala de técnica, tudo é novo para ele na prática. Sem dúvida que precisará de todo o apoio e acompanhamento disponível da parte dos responsáveis de estágio.

De acordo com a análise dos resultados, referente ao contexto português, podemos inferir que os alunos possuem boas representações sobre a supervisão e acompanhamento, que lhes foi atribuído durante o estágio. Verifica-se que possuem capacidades críticas

quanto a avaliação das questões 16, 18, e 19 a 23. Esta conclusão vai de encontro com os resultados obtidos por Saarikoski (2003)

No contexto moldavo, infelizmente, encontramos homogeneidade das respostas, pelo que concluímos, que os estudantes não têm ou não querem (ou não sabem) pronunciar a sua capacidade crítica. Esta é apenas uma conclusão que deve ser analisada em novos estudos.

3.2. A RELAÇÃO SUPERVISIVA

Uma vez que o ensino clínico serve para consolidar conhecimentos teóricos em situações reais, permite a consciencialização do papel do enfermeiro e a construção da identidade profissional, através das relações interpessoais e multidisciplinares. As experiências adquiridas nos estágios são fundamentais em toda a formação profissional e tendo em atenção esta importância, os alunos não podem deixar de ser orientados continuamente.

Analisando os resultados para ambos os contextos (Portugal e Moldávia), podemos inferir que a relação de supervisão durante o estágio se baseia na:

- Relação de igualdade;
- Interacção mútua;
- Aprovação e respeito;
- Confiança.

É muito importante que se estabeleça uma boa relação entre o aluno e o tutor, pois cria o ambiente psicológico adequado à integração e execução no trabalho. O valor que os alunos dão a esta relação é um sinal de que estão a progredir no seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Segundo Abreu (2003) cabe ao tutor assumir as seguintes competências:

- Aceitar constituir-se como “modelo” para o aluno, colaborando com este e com o docente em todo o processo de aprendizagem;
- Facultar uma integração humana e cientificamente consistente dos alunos no local de trabalho;
- Mediar a relação entre os alunos e os profissionais, bem como entre os alunos e os doentes;
- Informar-se sobre o estágio e os adquiridos anteriores de formação dos alunos
- Mobilizar os recursos locais no sentido da aprendizagem dos alunos;
- Respeitar as normas e regras em vigor no serviço;
- Concretizar o plano de tutoria, contribuindo para a prossecução dos objectivos operacionais;
- Assegurar-se da pertinência e adequação das experiências facultadas aos alunos;
- Proporcionar aos alunos experiências de aprendizagem e momentos consistentes de formação;
- Estar disponível para ouvir, apoiar ou ajudar os alunos;
- Facultar informação objectiva sobre o progresso dos alunos, tendo em vista a sua avaliação e aprendizagens futuras;
- Utilizar o docente como recurso para o seu desempenho enquanto formador.

3.3. ESTRATÉGIAS DE SUPERVISÃO EM ENSINO CLÍNICO

No questionário, o conceito de supervisão refere-se à orientação, apoio e avaliação dos alunos de enfermagem realizada pelos enfermeiros.

De acordo com a análise de resultados, podemos concluir que os alunos, em ambos os contextos, possuem boas representações sobre a supervisão que lhes foi atribuída. Os alunos portugueses beneficiaram da relação com o tutor pessoal, cujo papel foi assumido pelo enfermeiro de serviço.

Em contexto moldavo o método de supervisão, a de tutor pessoal, ocupa o segundo lugar, sendo em primeiro – *o mesmo tutor teve vários alunos em estágio*.

Verificamos que a relação com tutor funcionou durante o estágio e foi muito gratificante, contribuindo para a aprendizagem dos alunos em contexto clínico. É de salientar que o método de supervisão, de tutor pessoal, é muito valorizado pelos alunos. Esta conclusão vai ao encontro das conclusões tiradas originalmente por Saarikoski (2003). De facto, de acordo com o autor, os alunos valorizaram a sua relação com o tutor, encontrando como método utilizado em ensino clínico o de tutor pessoal.

A outra estratégia supervisiva, verificada em ambos os contextos, é muito importante em ensino clínico – é a demonstração de atitude positiva do supervisor em relação ao próprio processo de supervisão. É relevante, por isso, que o aluno sinta a atitude positiva do supervisor visto que este representa o modelo de encarar a prática clínica.

No seguimento da análise de resultados, podemos inferir ainda que o modelo de acompanhamento do estágio, que está a ser utilizado tanto na Moldávia como em Portugal é o de mentorship. O tutor neste modelo tem características de um profissional que ensina, dá apoio emocional, inspira e se constitui como modelo para o formando, durante um período limitado de tempo, com o objectivo de facilitar o processo de socialização e aproximação da pessoa ao seu novo papel. Durante este tempo, o tutor pode desenvolver no aluno um forte sentido de responsabilidade, necessitando para isso que ele próprio seja formado para desenvolver o seu papel como formador e prestador de cuidados.

4. CONCLUSÕES DO ESTUDO

A enfermagem tem acompanhado as mudanças constantes da sociedade e tem procurado responder as novas necessidades da realidade actual. Este processo tem representado transformação na profissão, e tem conseguido aumentar significativamente a sua visibilidade social. É importante mencionar que, nas últimas duas décadas houve modificações sucessivas que elevaram o estatuto socioprofissional dos enfermeiros. Assim, a formação em Enfermagem na Moldávia e em Portugal passou a ser de nível superior, integrando o sistema educativo nacional ao nível do ensino superior politécnico.

A aprendizagem em ensino clínico e o acompanhamento do estágio têm sido identificados como factores importantes na formação inicial dos enfermeiros, o que nos levou a realizar este estudo centrado na aprendizagem em contexto clínico, partindo de uma matriz ecológica e comparativa.

Como ex-aluna do Colégio de Medicina de Tiraspol (PMR, Moldávia), pareceu-nos interessante realizar um estudo comparativo entre duas realidades socioculturais diferentes. Desta forma, o alvo do nosso estudo, foram os alunos finalistas do curso de enfermagem da Escola Superior de Enfermagem D. Ana Guedes (Portugal) e do Colégio de Medicina de Tiraspol (PMR, Moldávia).

No âmbito desta investigação fizemos a referência acerca da formação inicial em Enfermagem obtida em Portugal e República da Moldávia (uma das repúblicas da ex-URSS), bem como acerca das realidades encontradas em cada País de estudo.

Ao abordar a evolução histórica da formação inicial em Enfermagem em ambos os Países ao longo do séc. XX, destacamos vários pormenores referentes a marcos históricos, sócio-políticos, bem como as reformas efectuadas na formação em Enfermagem que, de facto, tiveram um papel preponderante nas reformulações da concepção da formação do enfermeiro.

A evolução histórica da formação em Enfermagem na ex-URSS, ao longo do séc. XX, apresenta algumas realidades da história política, bem como as reformas efectuadas na formação durante e após imensos acontecimentos. A história mostra não só como a

Enfermagem evoluiu segundo a matriz social, mas também que respondeu a prioridades definidas pelo poder político.

O modelo de acompanhamento da formação clínica do enfermeiro é apresentado, tendo em conta a realidade imediata pós-dissolução da URSS, mostra uma atenção por parte dos formadores em relação aos formandos, de modo a obterem uma formação capaz, dotada de melhores competências.

A evolução dos últimos anos da formação em Enfermagem na Federação Russa, onde é patente nas reformas implementadas, mostra também uma abertura ao Ocidente, pela adopção de medidas oriundas de escolas da Europa Ocidental e Norte Americanas. Esta estratégia mostra a adopção de uma nova direcção na evolução da formação do enfermeiro, que começa com o fim do isolamento soviético, e com a abertura política e cultural ao Ocidente.

Com este trabalho de investigação, tentamos comparar a evolução da Enfermagem na República da Moldávia, que surgiu da desintegração da URSS, e em Portugal. Tentamos ver até que ponto as várias ideologias políticas, realidades sociais e outros factores influenciaram o modo de ver a formação profissional do enfermeiro.

Elaboramos o quadro conceptual com três capítulos, em que no primeiro capítulo foi feito o enquadramento da Enfermagem, através da caracterização da formação inicial dos enfermeiros; da evolução histórica da profissão e de evolução do ensino de Enfermagem, também, da evolução dos ensinamentos de Enfermagem.

No segundo capítulo, procuramos entender como as várias perspectivas ecológicas e socioculturais influenciam o desenvolvimento humano. Enquanto que no primeiro capítulo tentamos identificar o perfil do enfermeiro, neste capítulo passamos a estudar como o modelo bio-ecológico de Bronfenbrenner explica o desenvolvimento do enfermeiro enquanto ser humano e profissional, sob perspectiva do modelo do desenvolvimento cognitivo defendida por Vygotsky, e finalmente, o contributo de desenvolvimento da sua capacidade reflexiva. Observamos uma visão de conjunto sobre as teorias de aprendizagem, entendendo que a adopção de um modelo de ensino – aprendizagem deve

ser consequência de uma reflexão crítica sobre o mesmo, para que cada um possa compreender as questões directa e indirectamente envolvidas.

O terceiro capítulo é de grande importância, pelo que o presente trabalho se insere neste tema, a de Supervisão. Observamos os conceitos e a natureza da supervisão, o perfil do supervisor e do mentor, defendido pelos alunos e próprios profissionais e o acompanhamento de práticas clínicas como momento-chave da aprendizagem.

Os alunos portugueses são actualmente acompanhados pelos professores da escola a tempo parcial. Como já referimos no quadro teórico, existe uma incapacidade de acompanhar os alunos durante todo o tempo em que estes estão a desenvolver uma actividade que é considerada como vital para o curso. Isto deve-se ao facto dos docentes terem o horário inferior ao dos alunos e bem preenchido com actividades na escola: aulas, reuniões e outros.

Esta problemática confirma-se no nosso estudo empírico. Os resultados mostraram que durante o estágio com a duração de 4 (22,4%) e 5 (77,6%) semanas, a maioria dos alunos portugueses (75%) teve uma reunião com o docente responsável pela prática clínica.

Em contexto moldavo, os alunos têm a duração do estágio de 8 semanas e ao longo deste período a maioria dos alunos tiveram, em média, 48 reuniões com o docente, o que nos parece interessante e significativo na formação do aluno.

Na sua prática clínica os alunos são supervisionados por enfermeiros dos serviços no caso de Portugal, e por enfermeiros-chefes no caso da Moldávia. Ambos os grupos de alunos demonstram a satisfação com a sua colocação clínica e com o método de supervisão, utilizada no estágio. Para Portugal o método de *nomeação de um tutor pessoal*, que resultou em bom funcionamento da relação até o final do estágio. Em contexto moldavo, o método de supervisão é *o mesmo supervisor teve vários alunos*. Deduzimos que a dificuldade por parte dos docentes moldavos não seja o horário inferior a dos alunos como no caso português, mas sim, o número limitado de docentes para poder supervisionar alunos de uma forma individualizada. No entanto, os alunos ao avaliarem a questão 17

(*senti que recebi supervisão individualizada*) demonstram a sua satisfação com a supervisão individualizada.

Verificamos que a relação com os tutores é muito valorizada pelos alunos. Eles entendem, claramente, que para a prática clínica ocorrer de uma forma agradável e construtiva, há que confiar nas opiniões dos tutores, respeitando-os como profissionais mais experientes. Reconhecem ainda, que a interacção com os tutores é mais valia para própria aprendizagem na prática clínica, defendendo, que tem de ser baseada numa relação de igualdade. A necessidade aguda de feedback demonstra mais uma vez, que os alunos apreciam todo o apoio e orientação vindas de tutor.

Podemos concluir que cabe também às escolas promover ambientes propícios para que os estudantes possam desempenhar um papel activo na sua própria instrução, quer individualmente, quer em grupo. No entanto, relembrando a teoria de Vygotsky, requer-se que o professor e os estudantes desempenham papéis inovadores, colaborando entre eles. Assim, a aprendizagem transforma-se numa experiência recíproca para os alunos e os docentes, responsáveis pela prática clínica e para os alunos e os tutores, supervisores do estágio.

Tentamos identificar o modelo de acompanhamento clínico encontrado em ambos os contextos com o modelo mentorship. O modelo refere-se a um processo, que compreende a responsabilidade de ensino e “clinical performance” durante o período de integração numa unidade de cuidados.

O facto de terem um tutor pessoal é muito valorizado pelos alunos. O tutor neste modelo tem características de um profissional que ensina, dá apoio emocional, inspira e se constitui como modelo para o formando, durante um período limitado de tempo, com o objectivo de facilitar o processo de socialização e aproximação da pessoa ao seu novo papel. Durante este tempo, o preceptor pode desenvolver no aluno um forte sentido de responsabilidade, necessitando para isso que ele próprio seja formado para desenvolver o seu papel como formador e prestador de cuidados.

Ao longo deste trabalho, não podemos deixar de afirmar que se tentou encontrar respostas a questões predefinidas, mas como é normal em todos os estudos de investigação,

temos de assumir que também surgiram novas questões que merecem análise. Se bem que algumas delas, tentamos interpretar e dar respostas, não podemos deixar de dizer que não conseguimos dar respostas a algumas questões, nesta fase da investigação, por não conhecermos todas as eventuais variáveis envolvidas.

Nestas circunstâncias, não podemos dizer que tínhamos um ponto de partida, e conseguimos um ponto de chegada. A verdade é que este estudo não é o fim de uma investigação, mas o início de novas etapas que poderão ser muito interessantes na interpretação de realidades da Enfermagem, em contextos diferentes entre os dois Países.

Os resultados deste estudo teriam grande impacto numa discussão a que chamamos de “fórum” entre as duas escolas intervenientes com culturas completamente diferentes. Esta metodologia poderia ser melhorada com a inclusão de várias escolas de Enfermagem de Portugal e da Moldávia e mesmo a inclusão de outros países.

Desta investigação foi notória a interligação entre as duas culturas. Consideramos que seria oportuno aproveitar a experiência de profissionais que cheguem de Países com cultura e história de medicina reconhecendo as suas competências e mais valias.

Deve ser salientado que este trabalho permitiu envolver duas realidades de enfermagem de dois países sócio-culturalmente diferentes. Há disposição e interesse, de ambas as partes, em se continuar a fazer estudos deste âmbito. As conclusões derivadas desta investigação serão consideradas como alicerce para futuros trabalhos de investigação.

Por último, resta apenas afirmar que para a investigadora foi um grande prazer trabalhar este tema, por ter permitido alicerçar ainda mais a sua formação em supervisão na prática clínica, bem como adquirir mais competências no domínio da língua inglesa.

BIBLIOGRAFIA

Abreu, W. (2001), *Identidade, Formação e Trabalho. Das culturas às estratégias Identitárias dos Enfermeiros*. Coimbra: Formasau e Educa.

Abreu, W. (2002), Supervisão Clínica em Enfermagem: Pensar as Práticas, Gerir a Formação e Promover a Qualidade, *Revista Sinais Vitais*, **45**, pp. 53-7.

Abreu, W. (2003), *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?*, Formasau – Formação e Saúde, Lda, Cadernos Sinais Vitais – nº 1.

Aguila, M. (2004, Março, 3), *Los Marcos de la Prática Curricular*, [Documento WWW]. URL: <http://csociales.uchile.cl/publicaciones/enfoques/01/edu07.htm>

Alarcão, I. (1982), *Supervisão Clínica: um conceito e uma prática ao serviço da Formação de Professores*. Separata da Revista Portuguesa de Pedagogia, Coimbra.

Alarcão, I. e Sá-Chaves, I. (1994), *Supervisão de professores e desenvolvimento humano. Uma perpectica ecológica*. in: Tavares, J. (org), *Para Intervir na Educação*. Aveiro: Cidine.

Alarcão, I. e Tavares, J. (1987), *Supervisão da prática pedagógica: uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 1ª ed. Coimbra: Livraria Almedina.

Alarcão, I. e Tavares, J. (2003), *Supervisão da Prática Pedagógica. Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª ed. Coimbra: Livraria Almedina.

Andrews, M. & Wallis, M. (1998), Mentorship in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (1), pp. 201-7.

Argyris, Ch. & Schön, D. (1989), *Theory in Practice: Increasing Professional Effectiveness*.

Bahtina, I., Boico, A., Ovseanikov, E., Sarkisova, V. (2002), *Sestrinscoie delo, Menegment e Liderstvo*, Enfermagem, Administração e Liderança.

Bardin, L. (1995), *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Belova, N., *et al.* (2000), *Spravotchnic meditsinscoi sestre po uhodu*, Guião do enfermeiro na prática clínica.

Bernard, J. & Goodyear, R. (1998), *The Fundamentals of Clinical Supervision*. 2nd ed. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Canário, R. (2000), *A aprendizagem ao longo da vida. Análise crítica de um conceito e de uma política. Psicologia da educação*. Lisboa: S. Paulo, pp. 29-52.

Carmo, M e Ferreira, M. (1998), *Metodologia de Investigação*. Lisboa: Universidade Aberta.

Carvalho, A. (2004), *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso da licenciatura em enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.

Clinical Supervision (2003, Novembro, 18) [Documento WWW]. URL: <http://sorrel.humboldt.edu/~tpss/clinical.html>

Dicionário Enciclopédico KLS (1978), *Léxico comum*. Larousse do Brasil: Rio de Janeiro, Brasil.

Driscoll, J. (2000). *Clinical Supervision: a radical approach mental health practice*. In: Abreu, W. (2003), *Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos*.

Ferreira, F. (1990), *História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Formosinho-Oliveira, J. (2002), *A Supervisão na Formação de Professores I – Da Sala à Escola*. Porto: Porto Editora.

Franco, J. (2000), *Orientação dos alunos em ensino clínico de enfermagem: Problemáticas específicas e perspectivas de actuação*. *Revista Investigação em Enfermagem*, **1**, pp. 32-50.

Grande Atlas do Conhecimento – Países de A a Z (2001), Ed. QuidNovi, **VII**, pp. 1140-55.

Grande Atlas Mundial (1978), *Seleções do Reader's Digest*, pp. 140-1.

Gronlund, N. (1974), *Responsabilidade pelos resultados da Aprendizagem*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, Brasil.

Ivic, I. (1994), Lev Semionovich Vygotsky (1896-1934). *Revista Perspectivas*, Paris, UNESCO, vol. XXIV, n.º 3-4, p. 773-799.

Linares, E. *et. al.* (2002), El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología, *Revista Anales de psicología*, vol.18, 1, pp. 45-59.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar*. Lisboa: Brochura do Conselho de Enfermagem.

Parent, P. e Gonnet, C. (1997), *Os estudantes inadaptados*. Porto: Rés Editira Lda.

Pasternak, B. (1977), *O Doutor Jivago*, Ed. Portuguesa, Tradução de Augusto Abelaira, Círculo de Leitores.

Polit, D. & Hungler, B. (1995), *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas.

Portugal, Ministério da Saúde – Decreto-Lei n.º 32 612, Diário do Governo, Lisboa, de 31 de Dezembro de 1942.

Portugal, Ministério do Interior – Decreto-Lei n.º 46/448, Diário do Governo, I Série, de 20 de Julho de 1965.

Portugal, Ministério da Saúde – Decreto-Lei n.º 104/98, Diário da Republica, Lisboa, I Série, de 21 de Abril de 1998.

Portugal, Ministério da Educação – Decreto-Lei n.º 185/81, Diário da Republica, Lisboa, I Série, de 1 de Julho de 1981.

Portugal, Ministério da Saúde – Decreto-Lei n.º 37418, Diário do Governo, Lisboa, de 18 de Maio de 1949.

Portugal, G. (1992), *Ecologia e desenvolvimento humano em Bronfenbrenner*. Aveiro: Cidine.

Pozo, J. (2002), *Teorias Cognitivas da Aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed Editora, S.A.

Quivy, R. e Campenhoudt, L. (1995), *Manual da investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

Riddle, E. (2003, Fevereiro, 23), *Lev Vygotsky's Social Development Theory*, [Documento WW]:URL

<http://chd.gse.gmu.edu/immersion/knowledgebase/theorists/constructivism/vygotsky>

Romaniuc, V. P., Lapotnicov, V. A., Nacatis, Ia. A. (1998), *Istoria sestrinscogo dela v Rossii (História da Enfermagem na Rússia)*, ISBN 5-7243-0026-5.

Sá-Chaves, I. (2000), *Formação, Conhecimento e Supervisão. (Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais)*. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Sá-Chaves, I. (2003), *Comunicação em Aula: Apontamentos das aulas da disciplina de Supervisão no Mestrado em Supervisão 2003/2004*. Aveiro: Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro.

Saarikoski, M. (2003), Mentor relationship as a tool of professional development of student nurses in clinical practice. *Journal of psychiatric nursing*, Vol. 9, pp. 1015-23.

Saarikoski & Leino-Kilpi (2002), *Clinical learning environment and supervision (CLES) evaluation scale-spitted version/mentorship*. Questionário.

Sánchez, F. (2001), *Modelo Ecológico/Modelo Integral de Intervención en Atención Temprana*, XI Reunión Interdisciplinar sobre Poblaciones de Alto Riesgo de Deficiencias, Madrid.

Santos, M. & Bastos, A. (2002), Padrões de interação entre Adolescentes e Educadores num Espaço Institucional: Resignificando Trajectórias de Risco. *Revista Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (1), pp. 45-52.

Schön, D. (1990), *Educating the Reflective Practitioner. Toward a New Design for Teaching and Learning in the Professions*.

Sloan, G. (1999), Understanding clinical supervision from a nursing perspective. *British Journal of Nursing*, vol.8, 8, ProQuest Nursing Journals, pp. 524-9.

Soares, M. (1997). *Da Blusa de Brim à Touca Branca. Contributo para a História do Ensino de Enfermagem em Portugal 1880-1950*. Lisboa: Educa.

Sousa (2000), *Constituição da República Portuguesa*, Lisboa: Edição Lex.

Sternberg, R (1999), *The nature of cognition*. Cambridge: MIT Press.

Vygotsky, L.(1977), *Psicologia e Pedagogia*. Lisboa: Estampa.

Wheatley, M.(1999), Implementing Clinical Supervision. *Nursing Management*, vol.6, 3, *ProQuest Nursing Journals*, pp.28-32.

Wikipedia (2006, Setembro, 24). *Guerra Colonial: Narrativas*.

Wikipedia (2006, Setembro, 18). *Revolução dos Cravos*.

ANEXOS

A1. Anexo 1

Questionário em Inglês

Questionnaire for student who has taken part in clinical learning on a hospital ward

Survey of supervision of student nurses during their clinical placement

DEAR RESPONDENT

I would very much appreciate your assistance and co-operation in my ongoing study, which is concerned with supervision student nurses during their clinical placement. In practice, this means I would like you to answer the questionnaire enclosed. Participation is entirely voluntary, but your contribution is extremely important. Your co-operation will help us to develop of clinical teaching and supervision of student nurses in clinical placements. This study is one part of the Thematic European Network of Nursing (TENN Network). The aim of this network is to promote excellence and to develop best practice of nursing practice. It is sponsored by European Union.

The aim of this study is to examine the supervision provided on this ward by staff nurses to student. The purpose is to learn about students' experiences and opinions. All information will be treated with confidentiality, and your identity will not be revealed at any stage of the study.

What I want you to evaluate with this questionnaire is the clinical learning on the hospital ward that you have just completed. The questions concerning supervision focus on the relationship between the student and the staff nurse working on the ward. Please return this questionnaire to

(In this study, your supervisor refers to the staff nurse working on the ward, not to the link teacher who is responsible for the course.)

I have obtained the appropriate permissions to carry out this research and to use this questionnaire form. It is expected that the study will be completed by the end of 2005. The final report will be sent to the libraries of the participating universities/ colleges.

Thank you for your co-operation!

Mikko Saarikoski
RN, PhD, Principal Lecturer

Turku Polytechnic
PL 20
20 701 Turku
Finland

e-mil: mikko.saarikoski@turkuamk.fi
web site: <http://kehittaminen.turkuamk.fi/msaariko/>
tel. +358 10 5535510

CLINICAL LEARNING ENVIRONMENT AND SUPERVISION (CLES) evaluation scale

(Saarikoski & Leino-Kilpi 2002) – splitted version / mentorship

Respondents data: Please circle the number corresponding to your choice or write your answer in the space provided.

3. Age (as years): years

4. Gender male 1
female 2

5. Have you completed professional qualifications previously? no 1
yes 2

If yes, please specify

6. Which studying year are you at this moment? first year student 1
second year student 2
third year student 3
fourth year student 4

7. Which examination (nurse, midwife, public-health nurse) are you studying for?

The following items refer to the ward on which you studied during this clinical placement that you have just completed:

8. geriatric nursing ward 1
surgical ward 2
gynaecological ward 3
oncology ward 4
paediatric ward 5
psychiatric ward 6
medical ward 7
other; pls specify

9. The ward comes under the administration of: central hospital 1
regional hospital 2
local health care centre 3

10. Patients' average stay on the ward: a few days 1
1 - 2 weeks 2
3 - 4 weeks 3
over a month 4
several months 5

11. Physical load on nursing staff on the ward: no physical stress 1
low physical stress 2
some physical stress 3
high physical stress 4
very high physical stress 5

12. Mental stress load on nursing staff on the ward:
- | | |
|-------------------------|---|
| no mental stress | 1 |
| low mental stress | 2 |
| some mental stress | 3 |
| high mental stress | 4 |
| very high mental stress | 5 |
-

13. Duration of your clinical placement in weeks: weeks
-

14. How many times did you meet the link teacher/
clinical teacher during your placement? times
-

15. How satisfied are you with the placement
that has just ended?
- | | |
|---------------------------------|---|
| very unsatisfied | 1 |
| rather unsatisfied | 2 |
| neither unsatisfied nor satisf. | 3 |
| rather satisfied | 4 |
| very satisfied | 5 |

The supervisory relationship:

In this form, the concept of supervision refers guiding, supporting and assessing of student nurses made by clinical staff nurses. Supervision can occur as individual supervision, or as team supervision.

16. Occupational title of supervisor:
- | | |
|------------------------|---|
| nurse | 1 |
| nurse specialist | 2 |
| assistant ward manager | 3 |
| sister/ ward manager | 4 |
| other, what? _____ | |

17. Method of supervision: (circle one alternative only)

- | | |
|--|---|
| I did not have a supervisor at all (organised by the ward) | 1 |
| A personal supervisor/ mentor was named, but the relationship with this mentor did not worked during the placement | 2 |
| The mentor changed during the placement, even though no change had been planned | 3 |
| Supervisor varied according to shift or place of work | 4 |
| Same supervisor had several students and was a team supervisor rather than an individual supervisor | 5 |
| A personal mentor was named and our relationship worked during this placement | 6 |

Other method of supervision, please specify?

18. Did you have separate private supervision sessions with the mentor in which the nurse teacher was not supposed to take part:

not at all 1
once or twice 2
less than once a week 3
about once a week 4
more often 5

The content of supervisory relationship:

The following statements concerning the supervisory relationship.

Evaluation scale:

1 = fully disagree
2 = disagree to some extent
3 = neither agree nor disagree
4 = agree to some extent
5 = fully agree

For each statement, please circle the number that best describes your own opinion.

19. My supervisor showed a positive attitude towards supervision

1 2 3 4 5

20. I felt that I received individual supervision

1 2 3 4 5

21. I continuously received feedback from my supervisor

1 2 3 4 5

22. Overall I am satisfied with the supervision I received

1 2 3 4 5

23. The supervision was based on a relationship of equality and promoted my learning

1 2 3 4 5

24. There was a mutual interaction in the supervisory relationship

1 2 3 4 5

25. Mutual respect and approval prevailed in the mentor relationship

1 2 3 4 5

26. The supervisory relationship was characterized by a sense of trust

1 2 3 4 5

Thank you for your time and help!

A2. Anexo 2

Questionário em Português

SUPERVISÃO DAS PRÁTICAS CLÍNICAS
Ambiente do ensino clínico
e processo de supervisão
(CLES)-escala avaliativa
(Saarikoski e Leino-Kilpi, 2002)

Junho de 2004

NOTA INTRODUTÓRIA

Antes de mais, obrigado por participar neste estudo. A pesquisa para a qual solicitamos a sua colaboração consiste na reflexão sobre o acompanhamento dos alunos durante a sua formação clínica. A participação é voluntária, mas o seu contributo é muito importante. A sua colaboração vai permitir compreender as dinâmicas de acompanhamento dos alunos em contexto clínico, bem como definir alguns subsídios neste domínio. (...)

Com este estudo pretendemos reflectir sobre o modelo de supervisão facultado pelos enfermeiros dos serviços aos alunos. Neste sentido, propomo-nos colher as opiniões dos estudantes. Toda a informação recolhida será tratada de forma confidencial e a identidade dos participantes não será revelada em nenhuma etapa do estudo.

Desejamos avaliar com este questionário *as experiências de ensino clínico que você já realizou*. Neste estudo, referimo-nos ao seu supervisor como um profissional da área clínica, *não ao professor responsável pelo estágio*.

Obrigado pelo tempo dispensado.

Atentamente

Contexto clínico e processo de supervisão (CLES¹)

I – Dados pessoais

1. Data de nascimento: □□/□□□□ (mês/ano)
2. Sexo:
- Masculino ☐
- Feminino ☐
3. Já completou qualificações profissionais anteriormente?
- Sim ☐
- Não ☐
- Se sim, especifique: _____
- _____
4. Qual o ano de formação que frequenta?
- 1° Ano ☐
- 2° Ano ☐
- 3° Ano ☐
- 4° Ano ☐

II – Características Unidade de Cuidados onde realizou a prática clínica.

5. Serviço:
- | | |
|------------------|--------------------------|
| Geriatria | <input type="checkbox"/> |
| Cirurgia | <input type="checkbox"/> |
| Ginecologia | <input type="checkbox"/> |
| Oncologia | <input type="checkbox"/> |
| Pediatria | <input type="checkbox"/> |
| Psiquiatria | <input type="checkbox"/> |
| Medicina Interna | <input type="checkbox"/> |
| Outro: | <input type="checkbox"/> |

¹ Saarikoski e Leino-Kilpi, 2002

6. Natureza jurídica da organização

- Hospital Central ☐
- Hospital Distrital ☐
- Hospital Regional ☐
- S.A.P ☐
- Centro de Saúde ☐
- Outro: ☐
- _____ ☐

7. Demora média dos utentes no serviço

- Menos de uma semana ☐
- 1 a 2 semanas ☐
- 3 a 4 semanas ☐
- Mais de um mês ☐
- 2 ou mais meses ☐

8. Esforço físico associado ao trabalho

- Sem esforço ☐
- Esforço baixo ☐
- Esforço médio ☐
- Esforço alto ☐
- Esforço extremo ☐

9. Esforço mental e/ou psicológico no trabalho

- Sem esforço ☐
- Esforço baixo ☐
- Esforço médio ☐
- Esforço alto ☐
- Esforço extremo ☐

10. Duração do ensino clínico em semanas

_____ semanas

11. Quantas vezes se reuniu com o docente responsável após o início do estágio?

_____ vezes.

12. Está satisfeito com o último estágio que realizou?

- Muito insatisfeito ☐
- Relativamente insatisfeito ☐
- Nem satisfeito nem insatisfeito ☐
- Relativamente satisfeito ☐
- Muito satisfeito ☐

III – A relação de Supervisão

Neste questionário, o conceito de supervisão refere-se ao acompanhamento (orientação), apoio (suporte) e avaliação dos estudantes de enfermagem realizada pelos enfermeiros tutores. A supervisão pode ocorrer como processo individual ou em grupo. O tutor é um supervisor (enfermeiro), que exerce funções no serviço.

13. O papel de supervisor é assumido pelo:
- | | |
|-------------------------|--------------------------|
| Enfermeiro | <input type="checkbox"/> |
| Enfermeiro especialista | <input type="checkbox"/> |
| Enfermeiro-chefe | <input type="checkbox"/> |
| Outro | <input type="checkbox"/> |

14. Processo de supervisão (assinale só uma opção)
- Nunca tive um tutor ☐
- Foi nomeado um tutor mas a relação com este não funcionou..... ☐
- Foi-me atribuído um segundo tutor, embora tal não estivesse previsto inicialmente ☐
- A disponibilidade do tutor variou de acordo com o turno ou as situações ☐
- O tutor teve vários alunos em estágio ☐
- Foi designado um tutor e a nossa relação foi positiva ☐
- Outro (especifique) ☐
-

15. Teve sessões de supervisão com o tutor nas quais sentiu que o docente responsável não deveria participar

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| De forma alguma | <input type="checkbox"/> |
| Algumas vezes | <input type="checkbox"/> |
| Apenas uma vez por semana | <input type="checkbox"/> |
| Mais de uma vez por semana | <input type="checkbox"/> |
| Frequentemente | <input type="checkbox"/> |

IV – Conteúdo dos processos de supervisão

As afirmações seguintes dizem respeito à relação supervisiva. Para cada afirmação, por favor assinale o número que melhor descreve a sua opinião.

Escala avaliativa	
1	Não concordo de modo algum
2	Há muitos pontos que não concordo
3	É-me indiferente
4	Concordo na sua maioria
5	Concordo plenamente

16. O meu supervisor demonstrou uma atitude positiva em relação à supervisão
1 2 3 4 5
17. Senti que recebi supervisão individualizada
1 2 3 4 5
18. Recebi constantemente feedback do meu supervisor
1 2 3 4 5
19. De um modo geral estou satisfeito com a supervisão recebida
1 2 3 4 5
20. A supervisão foi uma relação recíproca e promoveu a minha aprendizagem
1 2 3 4 5
21. Houve uma interacção mútua na relação de supervisão
1 2 3 4 5
22. Prevaleceu a aprovação e o respeito mútuo na relação com o tutor
1 2 3 4 5
23. A relação de supervisão baseou-se na confiança mútua
1 2 3 4 5

Obrigado pela sua colaboração!

A3. Anexo 3

Questionário em Russo

Университет города Авэйро, Португалия.

ОБЩЕЕ РУКОВОДСТВО В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ
Среда клинического обучения
и
процесс сопровождения стажера
CLES – оценочная шкала
(Саарикоски и Лейно – Килпи, 2002)

Март/2006

ВВЕДЕНИЕ

Выражаем благодарность за внимание и сотрудничество с нами для осуществления этой работы. Цель этого вопросника состоит в размышлении над типом сопровождения студентов во время прохождения клинической практики, а также, в рассуждении над моделью этого руководства, используемого медицинским ответственным персоналом во время стаж.

Таким образом, мы задались целью обогатиться приобретенным опытом, благодаря искренним ответам студентов - выпускников. Вся полученная нами информация будет использована строго конфиденциально.

Ваше сотрудничество поможет нам в развитии методов общего руководства на практических занятиях, а также, сопровождения студентов на прохождении клинического стаж.

Посредством этого вопросника предполагается оценить, уже приобретённый вами, практический опыт клинического обучения. Отвечая на вопросы, найдёте термин *руководитель*, который подразумевает – профессионал в медицинской сфере (не учитель, ответственный за данный предмет!!).

Сотрудничество с нами должно быть добровольным и заверяем, что Ваш вклад в реализацию этой работы очень важен.

Спасибо за уделённое время.

I – Личные данные

1. Дата рождения: □□/□□□□ (месяц/год)

2. Пол: Мужской ☐
Женский ☐

3. Имели ли вы возможность приобрести профессиональную квалификацию раньше? Да ☐
Нет ☐

Если да, объясните: _____

4. На каком году медицинского курса находитесь? 1-ый год ☐
2-ой год ☐
3-ий год ☐
(4-ый год ☐)

II – Характеристика местопрохождения практики

5. Тип отделения:

Гериатрия	<input type="checkbox"/>
Хирургия	<input type="checkbox"/>
Гинекология	<input type="checkbox"/>
Онкология	<input type="checkbox"/>
Педиатрия	<input type="checkbox"/>
Психиатрия	<input type="checkbox"/>
Внутренняя медицина	<input type="checkbox"/>
Другое:	<input type="checkbox"/>

6. Тип учреждения:

Центральная больница	<input type="checkbox"/>
Районная больница	<input type="checkbox"/>
Областная больница	<input type="checkbox"/>
Поликлиника	<input type="checkbox"/>
Центр семейных врачей	<input type="checkbox"/>
Другое:	<input type="checkbox"/>

7. Каково среднее пребывание пациентов в отделении:

- Меньше одной недели ☐
- От 1-ой до 2-х недель ☐
- От 3-х до 4-х недель ☐
- Больше 1-го месяца ☐
- Больше 2-х месяцев ☐

8. Уровень физической нагрузки в отделении:

- Без нагрузки ☐
- Нагрузка низкая ☐
- Нагрузка средняя ☐
- Нагрузка высокая ☐
- Нагрузка чрезвычайно-высокая ☐

9. Уровень умственной и/или психической нагрузки в отделении:

- Без нагрузки ☐
- Нагрузка низкая ☐
- Нагрузка средняя ☐
- Нагрузка высокая ☐
- Нагрузка чрезвычайно-высокая ☐

10. Длительность стажа в неделях: _____ недель.

11. Сколько раз вы консультировались с учителем, ответственным за стаж? _____ раз.

12. Удовлетворены ли вы своим назначением в это отделение? Неудовлетворён/а ☐

Относительно неудовлетворён/а ☐

Ни неудовлетворён/а ни удовлетворён/а ☐

Удовлетворён/а относительно ☐

Удовлетворён/а ☐

III – Относительно общего руководства

В этом вопроснике термин *общее руководство* подразумевает – сопровождение, поддержку и оценивание студентов сестринского дела квалифицированным медицинским персоналом. Общее руководство может протекать индивидуально или в группе. Медицинская сестра (брат), работающая в данном отделении и сопровождающая студента лично, согласно этому вопроснику, называется сопровождающим стажера.

13. В роли руководителя практики:
- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Медицинская сестра (брат) | <input type="checkbox"/> |
| Специализированная медсестра (брат) | <input type="checkbox"/> |
| Старшая медсестра | <input type="checkbox"/> |
| Другая, кто именно? | <input type="checkbox"/> |
-

14. Метод общего руководства (выделить только один вариант)

- Не имел/а ни одного руководителя (сопровождающего), назначенного медицинским персоналом..... ☐
- Был назначен руководитель, но само отношение общего руководства и сопровождения меня не удовлетворило ☐
- Произошла незапланированная смена руководителей ☐
- Руководитель менялся согласно смене дежурства и местопрохождению практики ☐
- Один и тот же руководитель сопровождал нескольких студентов ☐
- Был назначен личный руководитель и отношение общего руководства и сопровождения было для меня очень полезным ☐
- Другой метод общего руководства (опишите, какой именно)..... ☐
-

15. Имели ли вы встречи с руководителем, на которых, по вашему мнению, было лишним присутствие сопровождающего из отделения, ответственного за стаж?

- | | |
|-------------------------------|--------------------------|
| Ни одной | <input type="checkbox"/> |
| Несколько встреч | <input type="checkbox"/> |
| Одна встреча в неделю | <input type="checkbox"/> |
| Больше одной встречи в неделю | <input type="checkbox"/> |
| Очень часто | <input type="checkbox"/> |

IV – Содержание отношения общего руководства

Нижеприведённые утверждения связаны с процессом оценки общего руководства. Для каждого утверждения обведите только один номер, который описывает лучше всего ваше мнение.

	Оценочная шкала
1	Совершенно не согласен/на
2	Во многом не согласен/на
3	Безразлично
4	Во многом согласен/на
5	Совершенно согласен/на

16. Мой руководитель проявил позитивный настрой относительно руководства моего стажа

1 2 3 4 5

17. Получил индивидуальное сопровождение/руководство

1 2 3 4 5

18. Постоянно получал/а поддержку и советы от моего руководителя

1 2 3 4 5

19. В основном, удовлетворён/а полученным сопровождением

1 2 3 4 5

20. Сопровождение руководство основывалось на принципе равноправия, что благотворно повлияло на моё обучение

1 2 3 4 5

21. В процессе сопровождения преобладало чувство взаимосотрудничества

1 2 3 4 5

22. Преобладало единогласие в моих отношениях с руководителем/сопровождающим

1 2 3 4 5

23. Процесс сопровождения/руководства основывался на взаимном доверии

1 2 3 4 5

Спасибо за сотрудничество!

A4. Anexo 4

Carta que acompanhou os questionários realizados na Republica Moldova, procedente do Director do Colégio de Medicina “L. A. Tarasevici”, PMR.

Digitalização do original e respectiva tradução para português.

Carta recebida:

Министерул Окритий
Сэнэтэций ал Републичий
Молдовенешть Транснистрене
КОЛЕЖИУЛ ДЕ МЕДИЦИНЭ
ДИН ОР. ТИРАСПОЛ Л.А. ТАРАСЕВИЧ



Міністерство Охорони
Здоров'я Придністровської
Молдавської Республіки

ТИРАСПІЛЬСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ
КОЛЕДЖ ім. Л.А. ТАРАСЕВИЧА

Министерство Здравоохранения
Приднестровской Молдавской Республики

ТИРАСПОЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
КОЛЛЕДЖ им. Л.А. ТАРАСЕВИЧА

Р/с в АКБ ПСБ г. Тирасполь № 21820908806023, с/с № 218809000000088
тел. 9-46-29, 9-74-04

26.05.06 № 01-12/94

На № _____

Университет города Авейро,
Португалия.
Профессору доктору Вильсону
Абреу.
Дончиловой Алене.

Уважаемые коллеги, здравствуйте!

С радостью мои студенты заполнили анкеты, присланные Вами, как только возвратились в колледж после выполнения программы преддипломной стажировки.

Я, как директор колледжа, горжусь тем, что, несмотря на сложные времена для нашей республики (республика непризнанна, а тем более уже больше трех месяцев находится в блокадном положении) наши выпускники и их знания признаются другими странами, а для нас это не только «окно в Европу», но и смысл нашей жизни.

Благодарю за предложение сотрудничества.

С наилучшими пожеланиями Николай Миколишин.

Tradução da carta recebida:

Saudações aos estimados colegas (Prof. Doutor Wilson e aluna Aliona Talaia)

É com grande alegria que os meus alunos preencheram os questionários enviados por vocês, logo depois do regresso ao Colégio após a realização de estágio.

Eu, como Director do Colégio, orgulho-me muito, que apesar dos tempos atribulados que estamos a viver na nossa República (não reconhecimento da mesma e ainda mais de três meses de embargo económico) os nossos alunos e os seus saberes são reconhecidos pelos outros países e isto para nós não só uma “janela para a Europa”, mas também o sentido da nossa vida.

Os meus agradecimentos pela proposta de colaboração

Com os cordiais cumprimentos

Nicolai Micolishin

26 de Maio de 2006